

Tilburg University

Netwerkaansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg

Zegveld, Charlotte

Publication date:
2018

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Zegveld, C. (2018). *Netwerkaansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg*. [, Tilburg University]. Prisma Print.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Netwerkaansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg

Charlotte Zegveld

Druk: PrismaPrint, Tilburg

© 2018 Charlotte Zegveld

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Netwerkaansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg

Proefschrift

**ter verkrijging van de graad van doctor
aan Tilburg University
op gezag van de rector magnificus,
prof.dr. E.H.L. Aarts,
in het openbaar te verdedigen ten overstaan van een
door het college voor promoties aangewezen commissie
in de aula van de Universiteit**

op woensdag 23 mei 2018 om 14.00 uur

door

**Charlotte Barbara Maria Christina Zegveld
geboren op 2 februari 1980 te Tilburg**

Promotiecommissie

Promotores: **prof.dr.mr. T.F.E. Tjong Tjin Tai**

prof.mr. J.B.M. Vranken

Overige leden: **prof.mr. J.C.J. Dute**

prof.mr. S. van Gulijk

prof.mr. T. Hartlief

prof.mr.dr. A.C. Hendriks

prof.mr. C.J.M. Klaassen

Dankwoord

Graag wil ik van deze gelegenheid gebruikmaken om iedereen te bedanken die mij op enige manier gesteund heeft bij het schrijven van dit proefschrift. Een aantal personen wil ik in het bijzonder bedanken.

Op de eerste plaats ben ik enorm veel dank verschuldigd aan mijn promotores Eric Tjong Tjin Tai en Jan Vranken. Ik voel me zeer vereerd dat ik mijn proefschrift onder begeleiding van deze geweldige juristen en wetenschappers heb mogen schrijven.

Natuurlijk ook veel dank aan prof.mr. J.C.J. Dute, prof.mr. S. van Gulijk, prof.mr. T. Hartlief, prof.mr.dr. A.C. Hendriks en prof.mr. C.J.M. Klaassen voor het plaatsnemen in de promotiecommissie en het beoordelen van het manuscript.

Ik wil alle (oud-)collega's van de vakgroep Privaatrecht bedanken, in het bijzonder Karlijn van Doorn, René Jansen, Noortje Lavrijssen, Paul Verbruggen en Lianne Wijntjens voor hun medewerking aan mijn proefpromotie. Het is ontzettend plezierig om in een organisatie te werken met zo veel fijne en kundige collega's. Mandy Jansen, Daphne van de Sande en Lieke Verwijmeren, bedankt voor al het werk dat jullie mij uit handen hebben genomen.

Ik wil mijn paranimfen Edith Hurkens en Astrid Kramer bedanken. Edith, wat fijn dat jij bij mij op de kamer kwam toen je vanuit de advocatuur bij ons op de vakgroep kwam werken. We hebben het niet alleen heel gezellig gehad, maar ik heb ook veel van je geleerd. En Astrid, we kennen elkaar al vanaf het begin van onze studies. Toen we allebei onze carrière aan de universiteit vervolgden, spraken we al gauw over de verbinding van onze verschillende disciplines in ons onderzoek. Hoe veel uren hebben we niet gesproken over zorgnetwerken, netwerkanalyse, zorgaanbieders, verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid?

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door het toenmalige Centrum voor Kennistransfer. Ik wil Tim van der Avoird, destijds hoofd van het Centrum voor Kennistransfer, bedanken voor zijn steun en vertrouwen in de beginfase van dit onderzoek.

Ook wil ik mijn ouders en schoonouders bedanken voor hun steun. En natuurlijk Jeroen, de liefde van mijn leven en mijn beste vriend. Bedankt dat je me altijd hebt gestimuleerd om het beste uit mezelf te halen.

Charlotte

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Inleiding..... | 15 |
| 1.1 | Aanleiding onderzoek | 15 |
| 1.2 | Centrale onderzoeksvraag | 17 |
| 1.2.1 | Het perspectief van de patiënt | 17 |
| 1.2.2 | Netwerkbenadering | 17 |
| 1.2.3 | Bijdrage | 18 |
| 1.2.4 | Gebrekkige samenhangende zorg | 20 |
| 1.3 | Terminologie | 22 |
| 1.4 | Methode en opbouw onderzoek | 23 |
| 1.5 | Relevantie onderzoek | 25 |
| 1.5.1 | Maatschappelijke relevantie | 25 |
| 1.5.2 | Wetenschappelijke relevantie | 27 |
| 2 | Social network analysis: een kader voor gezondheidszorgnetwerken..... | 29 |
| 2.1 | Inleiding | 29 |
| 2.2 | Social network analysis | 30 |
| 2.2.1 | De actoren van het netwerk, relaties en inbedding | 31 |
| 2.2.2 | Grenzen van het netwerk | 33 |
| 2.2.3 | Structuren en patronen | 35 |
| 2.2.4 | Het netwerk als een proces | 41 |
| 2.2.5 | Het netwerk als governancestructuur | 42 |
| 2.2.6 | Drie vormen van network governance | 43 |
| 2.2.7 | De meerwaarde van een netwerkbenadering | 45 |
| 2.3 | Een kader voor het zorgnetwerk | 47 |
| 2.3.1 | De actoren van het zorgnetwerk | 48 |
| 2.3.2 | Doel van het zorgnetwerk..... | 50 |
| 2.3.3 | Een <i>whole network</i> benadering | 50 |
| 2.4 | Netwerkanalyse: juridisch relevante indicatoren..... | 51 |
| 2.5 | Conclusie | 51 |
| 3 | Verschijningsvormen van zorgnetwerken..... | 53 |
| 3.1 | Inleiding | 53 |
| 3.2 | Structuur en organisatie Nederlandse gezondheidszorg | 54 |
| 3.2.1 | Echelons | 54 |
| 3.2.2 | Geografische grenzen | 55 |
| 3.2.3 | Gericht op een bepaalde aandoening of ziekte | 56 |
| 3.3 | Zorggroepnetwerken | 56 |
| 3.3.1 | De zorggroep nader omschreven | 57 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3.2 | Zorggroepen en het zorggroepnetwerk..... | 58 |
| 3.3.3 | Samenwerking en afstemming in zorggroepnetwerken..... | 60 |
| 3.3.4 | Regulering van zorggroepnetwerken | 62 |
| 3.3.5 | Zorggroepnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg..... | 62 |
| 3.4 | Gefaciliteerde zorgnetwerken | 63 |
| 3.4.1 | Gefaciliteerde zorgnetwerken: enkele voorbeelden | 63 |
| 3.4.2 | Samenwerking en afstemming in gefaciliteerde zorgnetwerken..... | 65 |
| 3.4.3 | Regulering van gefaciliteerde zorgnetwerken | 68 |
| 3.4.4 | Gefaciliteerd zorgnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg..... | 68 |
| 3.5 | Acutezorgnetwerken | 69 |
| 3.5.1 | Samenwerking en afstemming binnen acutezorgnetwerken..... | 70 |
| 3.5.2 | Regulering van acutezorgnetwerken | 72 |
| 3.5.3 | Acutezorgnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg | 72 |
| 3.6 | Conclusie | 73 |
| 4 | Civiele medische aansprakelijkheid: grondslagen en zorgplichten..... | 75 |
| 4.1 | Inleiding | 75 |
| 4.2 | Plaats en grondslagen voor aansprakelijkheid van het civiele medische aansprakelijkheidsrecht..... | 75 |
| 4.3 | De norm van een ‘goed hulpverlener’ | 77 |
| 4.4 | Nadere invulling van de norm: een uitwerking van de zorgplicht..... | 78 |
| 4.5 | Bronnen voor de invulling van een civielrechtelijke zorgplicht..... | 80 |
| 4.5.1 | Wetgeving..... | 80 |
| 4.5.2 | Zelfregulering: richtlijnen, standaarden en protocollen..... | 84 |
| 4.5.3 | Rechtspraak | 93 |
| 4.6 | Conclusie | 95 |
| 5 | Een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg | 97 |
| 5.1 | Inleiding | 97 |
| 5.2 | Wkkgz: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg..... | 97 |
| 5.2.1 | Art. 3 Wkkgz: een afstemmingsplicht voor de instelling | 98 |
| 5.2.2 | Complicaties: een grijs gebied | 100 |
| 5.2.3 | De afstemmingsplicht Wkkgz: intramuraal / transmuraal..... | 102 |
| 5.2.4 | De Wkkgz en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk..... | 103 |
| 5.2.5 | De afstemmingsplicht Wkkgz: voldoende concreet? | 105 |
| 5.3 | Wetgeving: art. 7:453 BW een directe grondslag voor een afstemmingsplicht..... | 106 |
| 5.4 | Wetgeving: tussenconclusie | 107 |
| 5.5 | Zelfregulering: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg..... | 107 |
| 5.6 | De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg..... | 108 |
| 5.6.1 | De Handreiking en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk..... | 109 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.6.2 | De Handreiking: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg | 110 |
| 5.7 | LESA's en LTA's, een verdere invulling van de Handreiking | 114 |
| 5.7.1 | LESA's en LTA's..... | 114 |
| 5.7.2 | LESA's en LTA's en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk..... | 114 |
| 5.7.3 | LESA's en LTA's: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg..... | 118 |
| 5.8 | Zelfregulering: Tussenconclusie..... | 119 |
| 5.9 | Tuchtrechtspraak: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg..... | 119 |
| 5.9.1 | Gebrekkige samenhangende zorg in tuchtrechtsuitspraken: een aantal voorbeelden .. | 119 |
| 5.9.2 | Uitspraken tuchtrecht: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg..... | 126 |
| 5.9.3 | Uitspraken tuchtrecht: toepassing op verschijningsvormen van zorgnetwerken..... | 127 |
| 5.9.4 | Rechtspraak: Tussenconclusie | 127 |
| 5.10 | Conclusie..... | 128 |
| 6 | Toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg | 131 |
| 6.1 | Inleiding | 131 |
| 6.2 | Art. 6:74 BW en art. 6:162 BW en derden, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg..... | 132 |
| 6.2.1 | Art. 6:74 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk | 132 |
| 6.2.2 | Art. 6:162 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk | 135 |
| 6.2.3 | De beperking van het denken in bilaterale relaties..... | 137 |
| 6.2.4 | Contract en derden: vier vormen binnen de rechtspraak | 140 |
| 6.2.5 | Eneco Tour, een nieuwe richting? | 151 |
| 6.2.6 | De juridische betekenis van feitelijke afspraken en -samenwerking voor het zorgnetwerk | 153 |
| 6.2.7 | Contract en derde: de betekenis voor het zorgnetwerk | 154 |
| 6.3 | Art. 6:76 BW, art 6:170 BW en art. 6:171 BW, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg | 154 |
| 6.3.1 | Hiërarchische rechtsverhoudingen..... | 154 |
| 6.3.2 | Art. 6:76 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk | 154 |
| 6.3.3 | Art. 6:170 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk | 156 |
| 6.3.4 | Art. 6:171 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk | 158 |
| 6.4 | Art. 7:462 BW centrale ziekenhuisaansprakelijkheid, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg | 160 |
| 6.4.1 | Complexe structuren binnen de instelling..... | 161 |
| 6.4.2 | Art. 7:462 BW, de reikwijdte van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid en de betekenis voor het zorgnetwerk | 162 |
| 6.5 | Art. 6:166 BW groepsaansprakelijkheid, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg..... | 163 |
| 6.5.1 | Onrechtmatige deelname aan de groep..... | 163 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.5.2 | Art. 6:166 BW groepsaansprakelijkheid, de betekenis voor het zorgnetwerk..... | 165 |
| 6.6 | Art. 7A:1655 BW maatschap, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg..... | 166 |
| 6.6.1 | Wettelijke samenwerkingsvormen (maatschap)..... | 166 |
| 6.6.2 | Essentialia van de maatschap, de betekenis voor het zorgnetwerk | 168 |
| 6.7 | Conclusie | 172 |
| 7 | Toedeling van aansprakelijkheid; een netwerkbenadering | 177 |
| 7.1 | Inleiding | 177 |
| 7.2 | Belemmeringen bij toedeling van aansprakelijkheid voor mevrouw Fransen, de heer Basinas en mevrouw Bartels..... | 177 |
| 7.3 | Introductie van een netwerkaansprakelijkheid | 181 |
| 7.4 | De meerwaarde van netwerkaansprakelijkheid? | 183 |
| 7.4.1 | Nadelen netwerkaansprakelijkheid | 183 |
| 7.4.2 | Voordelen netwerkaansprakelijkheid..... | 189 |
| 7.5 | Aansluiting bij het bestaande recht..... | 191 |
| 7.5.1 | Vorm van kanalisering/centralisering; past binnen het juridische systeem..... | 191 |
| 7.5.2 | Sluit aan bij het 'leerstuk' contract en derde | 192 |
| 7.6 | Oplossingen binnen het bestaande systeem..... | 197 |
| 7.6.1 | Oprekken of verder invullen van het materiële recht | 198 |
| 7.6.2 | Inzicht in de feiten en de betekenis van de verzwaarde stelplicht..... | 200 |
| 7.7 | Netwerkaansprakelijkheid: vorm, invulling en uitvoering..... | 201 |
| 7.7.1 | Netwerkaansprakelijkheid: drie vormen | 202 |
| 7.7.2 | Netwerkanalyse hulpmiddel bij de keuze voor een bepaald aansprakelijkheidsregiem | 204 |
| 7.7.3 | Vormen van netwerkaansprakelijkheid toegepast op de verschillende verschijningsvormen van zorgnetwerken..... | 206 |
| 7.8 | Conclusie | 209 |
| 8 | Conclusie en aanbevelingen | 211 |

Lijst met gebruikte afkortingen

| | |
|----------------|--|
| AA | Ars Aequi |
| AD | Algemeen Dagblad |
| AMvB | Algemene Maatregel van Bestuur |
| AV&S | Aansprakelijkheid, Verzekering & Schade |
| BOPZ | Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen |
| BV | Besloten vennootschap |
| BW | Burgerlijk Wetboek |
| CAL | Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen |
| CBO | Centraal BegeleidingsOrgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| COPD | Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| CPB | Centraal Planbureau |
| CTG | Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg |
| CV | Commanditaire vennootschap |
| CVA | Cerebro Vasculair Accident |
| dbc | diagnosebehandelcombinatie |
| DCFR | Draft Common Frame of Reference |
| EMGO Instituut | Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek |
| FMCC | Federatie Medisch Coördinerende Centra |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GGZ Nederland | Geestelijke gezondheidszorg Nederland |
| Gmw | Geneesmiddelenwet |
| Handreiking | Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg |
| HAP | Huisartsenpost |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| InEen | Vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg |
| KNGF | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| KNMG | Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst |
| KNMP | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie |
| KNOV | Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen |
| Kwz | Kwaliteitswet zorginstellingen |
| LESA's | Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |

| | |
|-------|--|
| LNAZ | Landelijk netwerk acute zorg |
| LTA's | Landelijke Transmurale Afspraken |
| LVG | Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, inmiddels opgegaan in InEen |
| MCC | Medisch Coördinerend Centrum |
| MOED | Meerdere disciplines Onder Een Dak |
| MvT | Memorie van Toelichting |
| NAO | Network Administrative Organization/Netwerk administratieve organisatie |
| NBW | Nieuw Burgerlijk Wetboek |
| NDF | Nederlandse Diabetes Federatie |
| NFU | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| NIP | Nederlands Instituut van Psychologen |
| NIVEL | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (voorheen: Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg) |
| NJ | Nederlandse Jurisprudentie |
| NJB | Nederlands Juristenblad |
| NJF | Nederlandse Jurisprudentie Feitenrechtspraak |
| NMa | Nederlandse Mededingingsautoriteit |
| NPCF | Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, inmiddels Patiëntenfederatie Nederland |
| NTBR | Nederlands tijdschrift voor burgerlijk recht |
| NV | Naamloze vennootschap |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| Nza | Nederlandse Zorgautoriteit |
| OK | Operatiekamer |
| POH | PraktijkOndersteuner Huisartsenzorg |
| RAV | Regionale ambulancevoorziening |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| r.o. | rechtsoverweging |
| RO | Wet op de rechterlijke organisatie |
| ROAZ | Regionaal Overleg Acute Zorg |
| ROS | Regionale Ondersteuningsstructuur |
| RTG | Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg |
| RvdW | Rechtspraak van de Week |
| RVS | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving |

| | |
|------------------|--|
| RVZ | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg |
| SEH | Spoedeisende hulp |
| Stb. | Staatsblad |
| Stcrt. | Staatscourant |
| TBS | terbeschikkingstelling |
| TIA | Transient Ischemic Attack |
| TPR | Tijdschrift voor Privaatrecht |
| V&VN | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland |
| VOF | Vennootschap onder firma |
| VRM | Vasculair risicomanagement |
| VvAA | Vereniging van Artsen-Automobilisten |
| VWS | Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| Wbp | Wet bescherming persoonsgegevens |
| Wet BIG | Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| Wetsvoorstel Wcz | wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg |
| WGBO | Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst |
| Wkkgz | Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg |
| Wklcz | Wet klachtrecht cliënten zorgsector |
| Wmg | Wet marktwerking gezondheidszorg |
| WMH | Wet op de medische hulpmiddelen |
| WMO | Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen |
| WOD | Wet op de orgaandonatie |
| Wpg | Wet publieke gezondheid |
| WPNR | Weekblad voor Privaatrecht, Notariaat en Registratie |
| WvSr | Wetboek van Strafrecht |
| WvSv | Wetboek van Strafvordering |
| WTZi | Wet toelating zorginstellingen |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

De complexiteit van het zorgsysteem, de opkomst van het patiënt- en functiegericht denken waarbij kwaliteit van zorg en efficiëntie wordt nagestreefd en de toename van chronisch zieken¹ hebben de afgelopen twee decennia geleid tot meer aandacht voor samenwerking en afstemming binnen de zorg. Aan de organisatie van de zorg worden termen gekoppeld als disease management, transmurale zorg, ketenzorg, zorgketens en zorgnetwerken.² Tegenwoordig wordt er niet meer uitsluitend gedacht in termen van individuele zorgverlener-patiënt relaties, maar worden meerdere zorgaanbieders betrokken bij de zorg aan één patiënt. Zorg wordt verleend door professionals met verschillende disciplines, competenties en specialisaties, waarbij men streeft naar samenhang. De reikwijdte van deze geïntegreerde zorgconcepten blijft niet beperkt tot één zorgaanbieder. Samenwerking vindt immers niet alleen plaats tussen hulpverleners werkzaam binnen één instelling, maar is ook instellingoverstijgend.

Naast een ontwikkeling die gericht is op afstemming en samenwerking binnen de zorg is er voortdurend aandacht voor medische fouten. In 2007 kregen we voor het eerst de beschikking over cijfers met betrekking tot medische fouten uit Nederlands onderzoek.³ Uit grootscheeps dossieronderzoek verricht door het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO Instituut) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) bleek dat een groot aantal patiënten is overleden of blijvend letsel heeft opgelopen als gevolg van een medische fout.⁴ Inmiddels hebben in totaal vier metingen in Nederland plaatsgevonden. Naar schatting zijn in 2004 1.735 patiënten overleden als gevolg van een onbedoelde, maar vermijdbare gebeurtenis tijdens een medische behandeling.⁵ In 2008 waren dit 1.960 patiënten⁶, tussen 1 april 2011 en 31 maart 2012 970 patiënten⁷ en tussen 1 april 2015 en 31 maart 2016 werden 1.035 gevallen gemeten⁸. Daarnaast ondervonden in 2004 6.000 patiënten door een ziekenhuisopname onbedoelde schade die waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden.⁹ Men

¹ Hoeymans e.a. 2014, p. 10.

² Zie voor een overzicht en uitwerking van een deel van deze termen de artikelenreeks: "Innovatieve zorgconcepten op een rij", verschenen in 2005 en 2006 in het *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, Vrijhoef & Steuten 2005 (a), Vrijhoef & Steuten 2005 (b), Vrijhoef & Steuten 2005 (c), Vrijhoef & Steuten 2005 (d), Vrijhoef & Steuten 2006 (a), Vrijhoef & Steuten 2006 (b), Vrijhoef & Steuten 2006 (c), Vrijhoef & Steuten 2006 (d).

³ Voorheen waren er alleen cijfers gebaseerd op onderzoek uitgevoerd in het buitenland en geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie. Zie onder meer: IGZ 2000, p. 11 en Tempelaar & Zelders 1994.

⁴ De Bruijne e.a. 2007.

⁵ De Bruijne e.a. 2007, p. 33.

⁶ Langelaan e.a. 2010, p. 13 en 43.

⁷ Langelaan e.a. 2013, p. 88.

⁸ Langelaan e.a. 2017, p. 33.

⁹ De Bruijne e.a. 2007, p. 30.

gaat er vanuit dat in 2008 2,9% van de opgenomen patiënten werd geconfronteerd met vermijdbare schade¹⁰; in 2011/2012 was dit 1,6%¹¹.

Ook naar de oorzaken van vermijdbare schade is onderzoek gedaan. Verschillende onderzoeken relateren vermijdbare schade aan afstemming, communicatie en samenwerking. Zo laat dossieronderzoek uit 2004 zien dat 14% van de vermijdbare schade herleid kan worden tot haperende informatieoverdracht. Vervolgonderzoek toont aan dat een belangrijke oorzaak voor incidenten en onbedoelde schade is gelegen in de samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis.¹² Oorzaak kan bijvoorbeeld zijn dat een taak op een andere afdeling niet goed is uitgevoerd of dat er onduidelijkheden bestaan in de samenwerking en afstemming. Voorbeelden die hierbij worden genoemd, zijn het niet goed uitzetten van medicatie door de apotheek, het overnemen van een patiënt van een andere afdeling zonder medicatielijst of het niet op tijd komen na een oproep vanuit de spoedeisende hulp (SEH).¹³ Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) laat zien dat tekortgeschoten wordt als het gaat om overdracht van informatie en samenwerking tussen zorgaanbieders in het preoperatieve traject; afspraken over de verdeling van taken of verantwoordelijkheden ontbreken veelvuldig. Recent onderzoek toont aan dat communicatie, informatie-uitwisseling en het toedelen van verantwoordelijkheden en bekwaamheden van medewerkers bij de toepassing van medische technologie ontbreekt.¹⁴ Aangezien afstemming en samenwerking niet alleen noodzakelijk zijn binnen de muren van het ziekenhuis bestaat een grote kans dat (gebrekkige) samenwerking ook in instellingoverstijgende zorgsituaties bijdraagt aan het ontstaan van medische fouten. Een concreet voorbeeld van gebrekkige zorg waarbij meerdere zorgaanbieders zijn betrokken en dat in het onderzoek naar medische fouten wordt genoemd, is een te late behandeling van hersenmetastasen als gevolg van een communicatiestoornis tussen de verwijzer en het ziekenhuis, waardoor heropname voor deze hersenmetastasen noodzakelijk was.¹⁵ Onderzoek van de IGZ naar het veilig gebruik van medicatie laat zien dat het overdragen van medische en farmaceutische gegevens van de ene naar de andere zorgaanbieder nog niet goed is geregeld; instellingen moeten duidelijkere afspraken maken over de verdeling van verantwoordelijkheid bij het voorschrijven van medicatie.¹⁶ In het meest recente dossieronderzoek naar medische fouten van het EMGO Instituut en het NIVEL worden aanbevelingen gedaan, zowel op beleidsniveau als voor verder onderzoek, die betrekking hebben op de veiligheid van de patiënt in zorgketens en zorgnetwerken.¹⁷

¹⁰ Langelaan e.a. 2010, p. 12 en p. 36.

¹¹ Langelaan e.a. 2013 p. 37 en p. 88.

¹² Wagner e.a. 2008.

¹³ Wagner e.a. 2008, p. 92.

¹⁴ Siemerink e.a. 2013.

¹⁵ Langelaan e.a. 2013, p. 134.

¹⁶ IGZ 2016, onder meer p. 7 en p. 12.

¹⁷ Langelaan 2017, p. 11.

1.2 Centrale onderzoeksvraag

Bovengenoemde ontwikkelingen vormden voor mij de aanleiding mij te verdiepen in verschillende samenwerkingsvormen binnen de zorg en de implicaties hiervan voor het civiele medische aansprakelijkheidsrecht. Dit heeft geleid tot de centrale vraag van dit onderzoek:

Welke bijdrage kan een netwerkbenadering leveren aan de toedeling van externe civiele aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend, bekeken vanuit het perspectief van de patiënt?

In de nu volgende subparagrafen zal een toelichting worden gegeven op achtereenvolgens: 'het perspectief van de patiënt', 'netwerkbenadering', 'bijdrage' en 'gebrekkige samenhangende zorg'.

1.2.1 Het perspectief van de patiënt

Uitgangspunt in dit onderzoek is het perspectief van de patiënt. Dit betekent dat het voor de rechtspositie van de patiënt - die zich beroept op het civiele aansprakelijkheidsrecht na een vermeende medische fout - in beginsel geen verschil mag maken of de zorg door één zorgaanbieder werd verleend, dan wel de zorg werd verleend door meerdere zorgaanbieders en de fout gerelateerd kan worden aan de afstemming en samenwerking tussen deze zorgaanbieders. Het feit dat de zorg door meerdere zorgaanbieders gezamenlijk of in samenhang is verleend, mag geen belemmering zijn voor schadevergoeding.

1.2.2 Netwerkbenadering

In dit onderzoek is gekozen voor een netwerkbenadering. De informatie die betrekking heeft op afstemming en samenwerking binnen allerlei zorgconcepten is divers en massaal. Vooral via internet zijn tal van bronnen beschikbaar. De kwaliteit van deze informatie is wisselend en de vele termen die worden gebruikt, zijn allesbehalve eenduidig en kennen verschillende definities. Soms wordt er voor dezelfde zorgconcepten in verschillende bronnen een andere term gebruikt. Om het concept waarbij meerdere zorgaanbieders die gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen te duiden en te kaderen, is gekozen voor de term netwerk. Hiermee wordt aangesloten bij de sociale wetenschappen waarbinnen netwerkanalyse een belangrijk onderzoeksobject is. In hoofdstuk 2 zal het begrip zorgnetwerk worden gedefinieerd en verder worden uitgewerkt.

1.2.3 Bijdrage

In dit onderzoek zullen twee hypothesen worden getoetst die betrekking hebben op het aspect 'bijdrage':

1. Een netwerkbenadering draagt bij in die zin dat met behulp van netwerkanalyse een omschrijving van de feiten (samenhangende zorg) kan worden gegeven en hierdoor toedeling van civiele aansprakelijkheid mogelijk wordt, met toepassing van het bestaande recht.
2. De verwachting dat met behulp van een netwerkbenadering een bijdrage kan worden geleverd aan het antwoord op de vraag hoe en aan wie de externe civiele aansprakelijkheid zou kunnen worden toegedeeld in geval van gebrekkige samenhangende zorg, eventueel met behulp van een wetswijziging.

Sinds midden jaren negentig is er aandacht voor schaalvergroting en massaliteit in de maatschappij en de aansluiting van het privaatrecht hierbij.¹⁸ Het denken in traditionele tweerelaties en de focus op contractuele verhoudingen waarbij partijautonomie als uitgangspunt wordt gehanteerd, doet veelal geen recht aan complexe sociaaleconomische structuren en de feitelijke samenhang van rechtsverhoudingen.¹⁹ Dit geldt ook in situaties waar zorg door meerdere zorgaanbieders gezamenlijk of in samenhang wordt verleend. De centrale onderzoeksvraag impliceert de vooronderstelling dat toedeling van aansprakelijkheid op complicaties stuit in geval van gebrekkige samenhangende zorg. Deze vooronderstelling is gebaseerd op het gegeven dat zorg niet altijd wordt verleend in een een-op-een relatie tussen patiënt en zorgaanbieder, dit terwijl het recht in beginsel uitgaat van een dergelijke tweerelatie. Een behandelingsovereenkomst wordt immers aangegaan tussen de patiënt en één hulpverlener of meerdere hulpverleners afzonderlijk. Voor de patiënt, maar ook voor zorgaanbieders, zal het daarom niet altijd duidelijk zijn wie aansprakelijk is in het geval zorg volgtijdelijk of tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders wordt verleend en de zorg gebrekkig blijkt.

¹⁸ In 1995 is een reeks artikelen in het *NJB* gepubliceerd over schaalvergroting in het vermogensrecht. Deze reeks wordt geïntroduceerd en afgesloten met artikelen van Vranken: Vranken 1995 (a) en Vranken 1995 (b). Een aantal artikelen uit deze reeks ziet specifiek op het leerstuk van de samenhangende rechtsverhoudingen: Tjittes 1995, Rank-Berenschot 1995, Linssen 1995 en Valk 1995.

¹⁹ Ontleend aan: Vranken 2002, p. 39-47.

Binnen het huidige recht - waaronder rechtspraak - sijpelt steeds vaker het besef door dat verhoudingen in samenhang dienen te worden bekeken. Zo is in een reeks arresten²⁰ duidelijk geworden hoe in bepaalde concrete situaties de samenhang tussen rechtsverhoudingen moet worden gezien. In deze uitspraken worden de juridische consequenties van het contract niet beperkt tot contractpartijen, maar worden ook consequenties verbonden aan samenhangende rechtsverhoudingen.²¹ De contouren van samenhangende rechtsverhoudingen zijn echter niet geheel helder²² en het is niet direct duidelijk hoe het leerstuk zich verder zal ontwikkelen en welke betekenis het leerstuk heeft voor de toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg. De beoordeling van samenhangende rechtsverhoudingen lijkt tot op heden tamelijk casuïstisch van aard.²³ Vranken wijst dan ook op het nut van een min of meer vaste set van juridische gevolgen in bepaalde typische situaties in plaats van steeds te moeten verwijzen naar de bijzondere omstandigheden van het concrete geval.²⁴ Hiervoor is het mijns inziens noodzakelijk dat men op voorhand bepaalde situaties voorziet en vervolgens omschrijft en categoriseert. Vertaald naar situaties van gebrekkige samenhangende zorg zou dit betekenen dat er op dit punt - vrij verwoord - nog het een en ander dient te worden gedaan. Er bestaat immers geen vast, eenduidig en werkbaar concept dat de feiten weerspiegelt van de geïntegreerde zorg zoals die in Nederland wordt verleend. Hierdoor is het ingewikkeld (ex ante) uitspraken te doen over de toedeling van aansprakelijkheid en de mogelijke toepassing van bijvoorbeeld het leerstuk van samenhangende rechtsverhoudingen.

Met behulp van netwerkanalyse kunnen situaties waarin gezamenlijk of in samenhang door verschillende zorgaanbieders zorg wordt verleend aan één patiënt worden omschreven en afgebakend. De kwalificatie van deze geïntegreerde zorgsituaties als een netwerk is een poging verschillende situaties te duiden en onder één noemer te brengen. Een netwerkbenadering levert mogelijk een bijdrage aan de toedeling van civiele aansprakelijkheid doordat met behulp van netwerkanalyse inzicht en overzicht zou kunnen worden geboden met betrekking tot een deel van de gezondheidszorg. Daarnaast biedt netwerkanalyse mogelijk aanknopingspunten voor de wijze waarop civiele aansprakelijkheid (ex ante) zou kunnen worden toegedeeld.

²⁰ Zie bijvoorbeeld: HR 12 oktober 1979, ECLI:NL:HR:1979:AC2654, *NJ* 1980/117 (Radio Modern/Edah), HR 23 januari 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2555, *NJ* 1999/97 (Jans/FCN), HR 29 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2660, *NJ* 1999/98 (Mooijman/Netjes), HR 14 januari 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA4279, *NJ* 2000/307 (Meissner/Arenda), HR 24 september 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO9069, *NJ* 2008/587 (Vleesmeesters/Alog), HR 10 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BI3408, *NJ* 2010/496 (Interkeukengilde B.V.), HR 20 januari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BT7496, *NJ* 2012/59 (Leien dak), HR 3 februari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU4907, *NJ* 2012/91 (Eureco/Naeije), HR 14 maart 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU3162, *NJ* 2012/60 (Agfa/Foto Noort) en HR 10 augustus 2012, ECLI:NL:HR:2012:BW4992, *NJ* 2012/486 (Pocorni/Defam Financieringen) en HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1627, *NJ* 2015/2 (Eneco Tour).

²¹ Zie over het 'leerstuk' van de samenhangende rechtsverhoudingen onder meer: Van Dongen 2016, Van Laarhoven 2006, Meijer 1998 (a) en Meijer 1998 (b).

²² Van Laarhoven 2006, p. 1.

²³ Zie: Vranken 2002, p. 41 over HR 26 mei 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA5964, *NJ* 2000/640 (Mink/Paques).

²⁴ Zie: Vranken 2002, p. 45.

1.2.4 Gebrekkige samenhangende zorg

Het onderzoek beperkt zich tot gebrekkige samenhangende zorg. In dit onderzoek wordt met gebrekkige *samenhangende zorg* bedoeld: *gebrekkige zorg door meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd of opvolgend verleend zonder dat dit gebrek evident toerekenbaar is aan een bepaalde partij binnen het netwerk*, bijvoorbeeld omdat het gebrek gerelateerd kan worden aan het primaire takenpakket van deze zorgaanbieder. Een voorbeeld van gebrekkige zorg die niet kan worden geduid als gebrekkige samenhangende zorg en dus buiten de reikwijdte van het onderzoek valt, is het klassieke geval waarin na een operatie een instrument in het lichaam van de patiënt wordt achtergelaten. In een dergelijk geval zal het ziekenhuis waarbinnen deze operatie is uitgevoerd hiervoor verantwoordelijk kunnen worden gehouden. Hieronder zal een aantal voorbeelden worden besproken dat wel kan worden gekwalificeerd als gebrekkige samenhangende zorg en dus illustratief is voor dit onderzoek. Deze voorbeelden hebben achtereenvolgend betrekking op:

- Gebrekkige communicatie en afstemming tussen zorgaanbieders
- Gebrekkige zorg als uitkomst van een aantal (opeenvolgende) gebeurtenissen
- Gebrekkige samenhangende zorg als gevolg van een gebrekkig ontwerp

Dit is geen indeling waar alle gevallen van gebrekkige samenhangende zorg onder zullen vallen. Ook geeft deze indeling geen strikte scheiding tussen verschillende vormen van gebrekkige samenhangende zorg weer. In de praktijk zal in veel gevallen sprake zijn van overlap en kunnen situaties onder meerdere categorieën geschaard worden.

Gebrekkige communicatie en afstemming tussen zorgaanbieders

Voorbeelden van gebrekkige samenhangende zorg kunnen onder meer worden gevonden in het medisch tuchtrecht. In een aantal gevallen hebben deze voorbeelden betrekking op gebrekkige communicatie en afstemming tussen zorgaanbieders. Een voorbeeld is de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 10 juli 2008²⁵. Na een vermeende Transient Ischemic Attack (TIA) verwijst de huisarts een patiënt naar de neuroloog. Omdat de wachttijd van anderhalve maand erg lang wordt gevonden, vraagt de huisarts op verzoek van de familie van de patiënt om bespoediging van het onderzoek. De neuroloog willigt dit verzoek niet in. Twee weken later overlijdt de patiënt op 60-jarige leeftijd na een Cerebro Vasculair Accident (CVA). Het Regionaal Tuchtcollege geeft de neuroloog een waarschuwing omdat hij uit de informatie van de huisarts had moeten opmaken dat het om een TIA zou kunnen gaan en hij de patiënt in een dergelijk geval binnen twee weken moet zien. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt echter dat de neuroloog geen blaam treft aangezien hij niet kon weten dat het om een TIA zou kunnen gaan. De huisarts wordt het verwijt gemaakt dat hij zijn verzoek helder had moeten

²⁵ CTG 10 juli 2008, *Medisch Contact* 24 september 2008/39, p. 1602-1604 (Miscommunicatie bij een TIA).

onderbouwen en formuleren. Een probleem van vergelijkbare aard doet zich voor in de zaak die ten grondslag ligt aan de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam van 25 februari 2003²⁶. Het college oordeelt in deze zaak dat het gegeven dat de verleende zorg met betrekking tot het aanbrengen van een sonde niet adequaat was niet alleen de huisarts kan worden verweten. De oorzaak wordt mede gezocht in de gebrekkige communicatie tussen het sondeteam, de apotheek en de assistente van de huisarts.

Gebrekkige zorg als uitkomst van een aantal (opeenvolgende) gebeurtenissen

Gebrekkige samenhangende zorg kan ook het gevolg zijn van een aaneenschakeling van gebeurtenissen waarvoor verschillende zorgaanbieders primair verantwoordelijk zijn. Deze gebeurtenissen hebben ieder afzonderlijk niet per se schadelijke gevolgen. Ook zullen zij niet altijd in strijd zijn met de materiële normen voor civiele aansprakelijkheid. Komen deze gebeurtenissen bij elkaar dan kunnen de schadelijke gevolgen groot zijn.²⁷ Het kan hierbij gaan om gebeurtenissen die zich onafhankelijk van elkaar voordoen, maar het kan ook gaan om een (foutieve) reactie op een eerdere (foutieve) gebeurtenis. Een voorbeeld hiervan is het voortborduren op de foutieve diagnose van een behandelaar eerder in de keten²⁸, zoals zich voordeed in het feitencomplex dat ten grondslag ligt aan het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 14 maart 2007²⁹. In deze zaak ging de huisarts af op het gebrekkige oordeel van de neuroloog. Na telefonisch overleg met de neuroloog liet de huisarts na de patiënt direct naar het ziekenhuis door te sturen. Dit had voor de patiënt blijvende gezondheidsschade tot gevolg.

Gebrekkig ontwerp

Gebrekkige samenhangende zorg hoeft niet alleen het gevolg te zijn van fouten die worden gemaakt op de werkvloer. De eigenlijke oorzaak van de fout kan ook gelegen zijn in het ontwerp dat ten grondslag ligt aan de organisatie van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld doordat taken en verantwoordelijkheden niet of niet goed zijn verdeeld. In het spraakmakende Amerikaanse

²⁶ RTG Amsterdam, 25 februari 2003, *Medisch Contact* 3 december 2003/49 (Steeds meer schijven) medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/mc-49-steeds-meer-schijven.htm, geraadpleegd op 6 oktober 2017).

²⁷ Een typisch voorbeeld van opeenvolgende fouten met desastreuze gevolgen is het ongeluk met de Herald of Free Enterprise. Deze veerboot kapseisde op 6 maart 1987 net nadat zij in Zeebrugge de haven verliet om koers te varen naar Dover. Bij dit ongeluk kwamen 193 van de ongeveer 700 opvarenden om het leven. Uit onderzoek bleek later dat het ongeluk het gevolg was van technische, organisatorische fouten en fouten door het dienstdoend personeel.

²⁸ Dit risico wordt expliciet onderkend door de redactie van *Medisch Contact* in het commentaar bij de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 10 april 2008: *“Verleidelijk is dat varen op het kompas van een collega wel, maar het begint dé valkuil van de moderne geneeskunde te vormen met haar vele overdrachtsmomenten. Je moet als arts steeds zelf weer een eigen oordeel vormen en op geen enkel kompas blindvaren. Niet alleen bij verergering, maar ook bij gelijkblijvende klachten. Een arts is nu eenmaal een professional en geen papegaai.”* CTG 10 april 2008, *Medisch Contact* 20 juni 2008/25, p. 1090-1091. (Hoofdpijn door subarachnoïdale bloeding).

²⁹ RTG Eindhoven 14 maart 2007 *Medisch Contact*, 27 juni 2007/26, p. 1126-1127 (Neuroloog zet huisarts op verkeerde been).

onderzoeksrapport *To Err Is Human, Building a Safer Health System*³⁰ uit 2003 werd al gewezen op het feit dat het voorkomen van medische fouten kan worden bereikt door de systemen binnen de gezondheidszorg zo te ontwerpen dat het voor de individuele hulpverlener moeilijk wordt om het fout te doen en makkelijk wordt om het goede te doen. Hierbij kan worden gedacht aan een simpel voorbeeld zoals de inrichting van een medicijnkast: zorg dat medicijnen die bij verkeerd gebruik grote gevolgen kunnen hebben niet direct naast een veel gebruikt middel als paracetamol liggen.

1.3 Terminologie

Dit onderzoek richt zich op het civiele medische aansprakelijkheidsrecht, dat onderdeel is van het privaatrecht in brede zin. Dit maakt het noodzakelijk om primair uit te gaan van het privaatrechtelijke begrippenkader. Tegelijkertijd maakt het civiele medische aansprakelijkheidsrecht deel uit van het gezondheidsrecht. Het gezondheidsrecht omvat zeer uiteenlopende wetten en andere vormen van regelgeving, die de traditionele rechtsgebieden overstijgen en waarbinnen specifieke begrippen en onderscheidingen worden gehanteerd. Deze begrippen en onderscheidingen sluiten niet altijd aan bij het privaatrecht. In dit onderzoek is getracht waar passend ook aan te geven hoe relevante gezondheidsrechtelijke begrippen worden gekwalificeerd in het privaatrecht. In diverse gevallen is er echter geen eenduidige kwalificatie, waardoor een gezondheidsrechtelijk begrip geen zelfstandige betekenis heeft voor het civiele aansprakelijkheidsrecht en daarom geen specifieke aandacht krijgt.

Het tuchtrecht is alleen van toepassing op personen die BIG-geregistreerd zijn dan wel personen die behoren tot een categorie van beroepsbeoefenaren die op grond van art. 36a Wet BIG bij AMvB aangewezen zijn om voorbehouden handelingen te verrichten.³¹ Voor de toepassing van het civiele medische aansprakelijkheidsrecht is dit geen vereiste. Bovendien kunnen middels het privaatrecht ook rechtspersonen worden aangesproken (die geen BIG-registratie kunnen hebben) en is de instelling veelal de potentieel aansprakelijke partij (zie over de centrale aansprakelijkheid van ziekenhuizen paragraaf 6.4). Dit wil overigens niet zeggen dat voor de invulling van de civielrechtelijke norm van aansprakelijkheid het tuchtrecht niet relevant kan zijn (zie paragrafen 4.5.3 en 5.9).

Een ander voorbeeld is het begrip 'hoofdbehandelaar'³². Dit begrip suggereert misschien een aansprakelijkheid van de hoofdbehandelaar voor fouten van andere betrokken specialisten op

³⁰ Kohn e.a. 2003.

³¹ Wijne 2017 (a), p. 77.

³² Zie over het begrip hoofdbehandelaar: De Lint 2017, p. 22 e.v., Plomp 2015, Vermaas e.a. 2014, Kastelein 2012, p. 379.

grond van art. 6:76 BW.³³ Van zodanige aansprakelijkheid is echter doorgaans geen sprake.³⁴ Hoofdbehandelaarschap heeft daarom geen vaste gevolgen voor wat betreft de aansprakelijkheid, zodat dit geen afzonderlijke betekenis toekomt in dit onderzoek. Wel heeft het begrip in tuchtrechtelijke uitspraken en zelfregulering invulling gekregen.

Het hoofdbehandelaarschap houdt een materiële uitbreiding van de eigen taken van de individuele beroepsbeoefenaar in (zie paragraaf 5.9.1). Naast de zorg die hij als specialist dient te betrachten, is hij verantwoordelijk voor de regie van de totale zorg die *binnen* de instelling³⁵ wordt verleend. Omdat dit onderzoek gaat over de afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders, dus *tussen* instellingen (zie paragraaf 2.3.1), is het begrip hoofdbehandelaar hier slechts van beperkte betekenis.

1.4 Methode en opbouw onderzoek

Hoofdstuk 2. Social network analysis: een kader voor gezondheidszorgnetwerken

Het doel van dit hoofdstuk is tweeledig. Allereerst zal een introductie worden gegeven op de netwerkanalyse uit de sociale wetenschappen. Hierbij zal worden aangegeven aan de hand van welke aspecten een netwerk kan worden omschreven en getypeerd. Ook zal worden aangegeven welke indicatoren kunnen worden gehanteerd bij het in kaart brengen van een concreet netwerk. De introductie op netwerkanalyse is gebaseerd op literatuur uit zowel de sociologie als de organisatiwetenschappen. Er wordt geen strikte scheiding gehanteerd tussen het sociale netwerkperspectief en het organisatiwetenschappelijke perspectief op netwerken. Wel dient opgemerkt te worden dat met name basisbegrippen en -theorieën ontleend zijn aan de sociologie en de *social network approach*. De gebruikte artikelen van een meer organisatiwetenschappelijk karakter zijn veelal meer aanvullend dan wel verdiepend van aard. Ten tweede zal met behulp van het instrumentarium dat sociale netwerkanalyse biedt een definitie worden gegeven van het netwerk dat deel uitmaakt van dit onderzoek en hulpmiddel kan zijn bij de feitelijke kwalificatie van een groot aantal geïntegreerde zorgconcepten in Nederland. Deze definitie is opgebouwd uit een aantal kenmerken en geeft hiermee een kader voor de zorgnetwerken die object zijn van dit onderzoek.

Hoofdstuk 3. Verschijningsvormen van zorgnetwerken

In dit hoofdstuk worden drie verschijningsvormen van netwerken omschreven die vallen binnen de definitie van het netwerk dat deel uitmaakt van dit onderzoek en in hoofdstuk 2 is gegeven. De feitelijke informatie hiervoor is verkregen uit rapporten (verschenen in de periode 2008-2015)

³³ Een gedachte die zeker opkomt indien een vergelijking wordt gemaakt met de bouw. De hoofdaannemer is immers aansprakelijk jegens de opdrachtgever voor fouten van onderaannemers, zie onder meer Asser/Van den Berg (7-VI) 2017/209.

³⁴ Wijne 2017 (a), p. 356, vgl. Vermaas e.a. 2014, p. 7.

³⁵ De Lint 2017, p. 11, RVS 2017, p. 36.

over de organisatie van de gezondheidszorg van onder andere het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het NIVEL, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), inmiddels opgegaan in InEen en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Daarnaast zijn websites bestudeerd van tal van samenwerkingsverbanden binnen de zorg. Het hoofdstuk geeft voor de verschillende verschijningsvormen een voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg. Deze voorbeelden zijn fictieve casus geïnspireerd op uitspraken van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en een reeks van twintig interviews (afgenomen in de tweede helft van 2010 en de eerste helft van 2011) met personen betrokken bij verschillende samenwerkingsverbanden binnen de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 4. Civiele medische aansprakelijkheidsrecht: grondslagen zorgplicht

Dit hoofdstuk geeft een omschrijving van het civiele medische aansprakelijkheidsrecht. Specifiek wordt ingegaan op de wijze waarop de materiële norm voor het civiele medische aansprakelijkheidsrecht vorm en invulling krijgt en is ingebed in het systeem van het aansprakelijkheidsrecht. Dit hoofdstuk is gebaseerd op wetgevings- en literatuuronderzoek.

Hoofdstuk 5. Een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre op zorgaanbieders een plicht rust ten aanzien van afstemming en samenwerking. De uitkomsten van dit hoofdstuk bepalen mede *wie* er aansprakelijk kan worden gesteld indien gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door het netwerk (zie hoofdstuk 6). Voor dit hoofdstuk is literatuuronderzoek verricht, maar is ook aansluiting gezocht bij de per januari 2016³⁶ in werking getreden Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), het medisch tuchtrecht en landelijke richtlijnen met betrekking tot samenwerking en afstemming binnen de zorg. Voor zover er een civielrechtelijke verplichting ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg kan worden aangenomen, wordt nagelopen op welke partijen - betrokken bij de drie verschijningsvormen van zorgnetwerken zoals besproken in hoofdstuk 3 - deze verplichting rust.

Hoofdstuk 6. Toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

Hoofdstuk 6 tast de mogelijkheden af om met behulp van bestaande juridische figuren/constructies de aansprakelijkheid aan het netwerk of de partijen binnen of buiten het netwerk toe te delen in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk. De term toedeling en niet de term toerekening wordt hier gebruikt omdat de term toerekening een beperktere (juridische) betekenis heeft. Toedeling van aansprakelijkheid heeft in dit onderzoek betrekking op de vraag *wie* aansprakelijk kan worden gesteld.

³⁶ Stb. 2015, 407.

Hoofdstuk 7. Toedeling van aansprakelijkheid; een netwerkbenadering

In hoofdstuk 7 worden de mogelijkheden van de invoering van een netwerkaansprakelijkheid afgetast: in welke gevallen heeft dit meerwaarde, wat is de rechtvaardiging hiervoor en welke verschillende toedelingsmodellen zijn denkbaar?

Hoofdstuk 8 Conclusie en aanbevelingen

In hoofdstuk 8 volgen de conclusie (beantwoording van de centrale onderzoeksvraag) en een aantal aanbevelingen.

1.5 Relevantie onderzoek

1.5.1 Maatschappelijke relevantie

De kosten voor de gezondheidszorg zijn het laatste decennium ieder jaar gestegen en de verwachting is dat de kosten in de toekomst alleen maar verder zullen stijgen.³⁷ Een van de manieren waarmee men hoopt de zorgkosten in de hand te houden, is het efficiënt organiseren van de zorg. Hierbij hoort taakherschikking. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een patiënt die onder behandeling is bij een specialist voor een deel van zijn zorg wordt terugverwezen naar de huisarts omdat hij deze zorg goedkoper kan leveren. Het gevolg is dat de patiënt tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders wordt behandeld. De aandacht voor efficiëntie, veiligheid en kwaliteitsverbetering in de zorg stimuleert bovendien afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders.

Patiëntenrechten staan onverminderd in de belangstelling.³⁸ Hier hoort ook bij dat de patiënt die schade ondervindt na een medische interventie langs civielrechtelijke weg dient te worden gecompenseerd. Dan moet het geen verschil maken of de patiënt zorg kreeg van één zorgaanbieder of van meerdere zorgaanbieders. Het is daarom van groot maatschappelijk belang te onderzoeken of netwerkanalyse een hulpmiddel kan zijn bij de toepassing van civiele medische aansprakelijkheid in het geval van gebrekkige samenhangende zorg.

Hoewel dit onderzoek uitgaat van het perspectief van de patiënt is van belang dat juridische uitkomsten ook werkbaar zijn in de praktijk. Van meet af aan is bij dit onderzoek aandacht geweest voor de verbinding met de beroepspraktijk. In de voorfase van dit onderzoek zijn met

³⁷ Zie de tabel van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers; Zorguitgaven; Uitgaven per hoofd van de bevolking (gewijzigd 30 juni 2017), te raadplegen via de site van het CBS: statline.cbs.nl (laatst geraadpleegd 6 oktober 2017) en het rapport van het Centraal Planbureau (CPB): Wouterse e.a. 2016.

³⁸ Zie bijvoorbeeld recente berichtgeving in de media met betrekking tot het recht op een second opinion: "Ruim 40 procent patiënten die een second opinion wil, ziet ervan af", *de Volkskrant* 13 februari 2017 en "Meer onzekerheid en hogere kosten", *NRC Handelsblad* 17 februari 2017, of met betrekking tot het recht op privacy het volgende voorbeeld: "Gemeentelijke ombudsman: Privacy bij zorg schiet tekort", *AD* 31 januari 2017.

ruim twintig zorgprofessionals die betrokken waren bij verschillende samenwerkingsinitiatieven in de zorg interviews gehouden.³⁹ Er is gesproken met zorgprofessionals verbonden aan zorggroepen, huisartsenposten, zorgondersteunende organisaties, gezondheidscentra en het ambulancevervoer.⁴⁰ Deze interviews hadden een exploratief karakter en het doel hiervan was meervoudig. Zo werd beoogd meer zicht te krijgen in de wijze waarop zorgaanbieders met andere zorgaanbieders afstemmen en samenwerken en welke samenwerkingsinitiatieven ten behoeve van de patiënt worden ontplooid. Ten tweede werd de vraag gesteld hoe zorgprofessionals aankeken tegen de mogelijkheid om aansprakelijk te worden gesteld voor de gebrekkige afstemming en samenwerking met andere zorgaanbieders. Uit deze gesprekken kwam meestal naar voren dat zij hierover geen duidelijke visie hadden, maar dat er vooral grote behoefte was aan meer informatie over eventuele aansprakelijkheidsrisico's van samenwerking tussen instellingen en andere organisaties in de zorg.

Daarnaast sluit dit onderzoek aan bij het promotieonderzoek van Kramer⁴¹. In dat onderzoek is met uitvoerige interviews mede onderzocht wat de consequenties zouden zijn van de invoering van een regime van hoofdelijke aansprakelijkheid voor het *commitment* van zorgaanbieders aan het netwerk waar zij deel van uitmaken. Dit bleek slechts een geringe invloed te hebben (zie ook paragraaf 7.4.2).

Zowel de interviews als het onderzoek van Kramer geven steun aan de veronderstelling dat de precieze verdeling van aansprakelijkheid en een eventuele lichte verhoging van de aansprakelijkheidslast geen groot praktisch probleem zullen opleveren voor de zorgpraktijk. Deze veronderstelling vindt verdere steun in het gegeven dat aansprakelijkheidsrisico's in de gezondheidssector in het algemeen afdoende zijn gedekt door verzekeringen.

Mede gelet op de hierboven weergegeven bevindingen is ervoor gekozen om aan te sluiten bij dat waar in de praktijk blijkbare de meeste behoefte aan is: een duidelijke analyse van hoe de aansprakelijkheidsrisico's zijn of moeten worden verdeeld. In hoofdstuk 7 is bij de motivering van de gekozen oplossingen bovendien mede geput uit de bevindingen van het empirische onderzoek van Kramer. Op basis van de in hoofdstuk 7 gedane voorstellen kan vervolgonderzoek worden gedaan naar de gevolgen van invoering van zulke voorstellen in de praktijk.

³⁹ De interviews zijn gehouden in de periode oktober 2010-april 2011.

⁴⁰ De manuscripten van de interviews zijn bij de onderzoeker in te zien.

⁴¹ Kramer 2014.

1.5.2 Wetenschappelijke relevantie

Juristen beschrijven de werkelijkheid zonder daarbij gebruik te maken van een duidelijke of vaste methode. Wel worden zij bij het beschrijven van de feiten gestuurd door de juridische figuren en constructies waarmee zij bekend zijn. Niet alle feiten worden omschreven, alleen de juridisch relevante feiten. Juristen zijn bij het beschrijven van de feiten gericht op het generen van een juridische uitkomst of juridisch oordeel. Dit is begrijpelijk aangezien het de taak is van de jurist tot een juridisch oordeel of een juridische uitkomst te komen. Toch denk ik dat in een maatschappij die steeds ingewikkelder is georganiseerd en waar netwerken een belangrijk deel vanuit maken, het juridisch begrippenkader mogelijk tekortschiet.

Binnen de rechtswetenschap is slechts beperkte aandacht voor netwerken. Nog sterker: Buxbaum concludeerde in zijn artikel⁴² over de relevantie van netwerkanalyse voor het recht: “Network is not a legal concept.” Aan het werk van anderen zou echter geen recht worden gedaan als het hierbij zou worden gelaten. De conclusie van Buxbaum is dan ook inspiratie gebleken voor verder onderzoek. Zo poogt Teubner de verbinding te leggen tussen de netwerkbenadering en het recht. In zijn werk staat de vraag centraal of het concept van de “*connected contracts*” wettelijke categorisatie van netwerken mogelijk maakt en komt aan de orde of het mogelijk is om het netwerk aansprakelijk te stellen in het geval er schade aan derden wordt toegebracht.⁴³ Ook anderen tasten af op welke manier netwerkanalyses relevant zouden kunnen zijn voor het recht. In 2009 verscheen een bundel⁴⁴ naar aanleiding van een internationale conferentie in oktober 2005 in Freiburg, Zwitserland over de juridische implicaties van contractuele netwerken waarin naast Teubner door verschillende andere auteurs bijdragen zijn geleverd. Zie ook Cafaggi over contractuele netwerken in Europees perspectief.⁴⁵ Ook in Nederland tonen juristen interesse in netwerken. Zo gaat Tjong Tjin Tai in zijn oratie⁴⁶ in op het gegeven dat de afstanden in veel netwerken erg klein zijn en dat actoren door een beperkt aantal tussenschakels zijn verbonden en de consequenties die dit zou kunnen hebben voor civiele aansprakelijkheid.⁴⁷ In 2012 is het boek *Linked Contracts*⁴⁸ verschenen waarin door verschillende auteurs buiten de gebaande paden van het bilaterale contract wordt gedacht. In 2014 beschouwt Van Gulijk in haar preadvies voor de Vereniging van Bouwrecht⁴⁹ het bouwproces vanuit een netwerkbenadering. Van Dongen promoveerde in 2016 op groepen van

⁴² Buxbaum 1993, p. 698-704.

⁴³ Teubner 2011.

⁴⁴ Amstutz & Teubner 2009.

⁴⁵ Cafaggi 2008, p. 493-539.

⁴⁶ Tjong Tjin Tai 2011 (b).

⁴⁷ Zie ook Tjong Tjin Tai & Zegveld 2010.

⁴⁸ Samoy & Loos 2012.

⁴⁹ Van Gulijk 2014, p. 49 e.v.

contracten⁵⁰ en gaat in haar proefschrift in op het werk van Rohe⁵¹ die het *Netzvertrag* (netwerkoevereenkomst) heeft geïntroduceerd.

In dit onderzoek is afgezien van vergelijking met buitenlandse rechtsordes. Wel is de samenhang met onder meer het tuchtrecht en andere publiekrechtelijke regelgeving en de rol van zelfregulering meegenomen, waardoor het onderzoek de grenzen van het civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht overschrijdt. De beperking tot het Nederlandse recht is ingegeven door de praktische noodzaak keuzes te maken met betrekking tot de omvang van het onderzoek. In plaats van rechtsvergelijking is gekozen voor een multidisciplinaire benadering, gericht op netwerkanalyse uit de sociologie en de organisatiewetenschappen en de organisatie van de gezondheidszorg. Dit heeft de mogelijkheid geboden om op een nieuwe manier naar de feiten en de aansluiting van het recht hierop te kijken en daardoor nieuwe inzichten te verwerven.

De literatuur en jurisprudentie tot december 2017 zijn meegenomen in dit boek.

⁵⁰ Van Dongen 2016.

⁵¹ Rohe 1998.

2 Social network analysis: een kader voor gezondheidszorgnetwerken

2.1 Inleiding

Netwerkanalyse doorkruist de grenzen van traditionele disciplines. Zij brengt sociologen, antropologen, wiskundigen, economen, politicologen, psychologen, communicatiedeskundigen, statistici, epidemiologen, informaticadeskundigen, bedrijfskundigen en natuurkundigen bijeen.⁵² Gezien de grote verscheidenheid aan disciplines die zich bezighouden met het netwerkconcept kan het op zijn minst opmerkelijk worden gevonden dat vanuit het juridische domein slechts beperkt interesse is voor netwerken. Dit temeer omdat binnen de sociale wetenschappen - waarbinnen de empirische werkelijkheid wordt bestudeerd die voor juristen van groot belang is - netwerkanalyse een belangrijk onderzoeksdomein is. Het recht ontleent zijn bestaansrecht aan de betekenis die het heeft voor de maatschappij. Het recht dient aan te sluiten bij de feitelijke werkelijkheid, dient deze werkelijkheid te ondersteunen en te reguleren. Toch heeft het recht vooral veel aandacht voor begrippen en minder voor feiten.⁵³ Juristen laten zich bij de beschrijving van de feiten bovendien leiden door 'eigen' begrippen die zich over veel jaren hebben gevormd en (een vaste) betekenis hebben gekregen.⁵⁴ 'Het netwerk' maakt *geen* deel uit van het juridisch begrippenkader en laat zich dan ook niet zonder meer in juridische termen omschrijven.⁵⁵ Netwerken behoren echter tot de werkelijkheid en met behulp van netwerkanalyse wordt het mogelijk deze werkelijkheid beter te begrijpen. Dit onderzoek sluit aan bij inzichten, ideeën en opvattingen die over de netwerkanalyse in met name de sociologie en organisatiewetenschappen bestaan.

Voor de term netwerk zal de volgende definitie worden gehanteerd:

Een groep 'nodes' (knooppunten) die al dan niet verbonden wordt door een groep 'ties' (relaties). De 'nodes' kunnen individuen, groepen individuen, organisaties, groepen organisaties of landen voorstellen.⁵⁶

⁵² Freeman 2004. p. 6.

⁵³ Vgl. Asser/Vranken (Algemeen deel ****) 2014/64.

⁵⁴ Vgl. Van Laarhoven 2006, p. 39, vgl. tevens Koopmans 1991, p. 83, Van Schilfgaarde 2000 (a), Van Schilfgaarde 2000 (b) en Van Schilfgaarde 2006.

⁵⁵ Buxbaum 1993, p. 698-704, zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 1.4.2 van dit proefschrift.

⁵⁶ Borgatti & Foster 2003, p. 992, zie tevens Oerlemans 2007, p. 18.

De functie van dit hoofdstuk is tweeledig:

1. Ten eerste wordt een introductie op de netwerkanalyse uit de sociale wetenschappen gegeven. Hierbij wordt aangegeven aan de hand van welke aspecten een netwerk kan worden omschreven en getypeerd. Ook wordt aangegeven welke indicatoren kunnen worden gehanteerd bij het in kaart brengen van een concreet netwerk (paragraaf 2.2).
2. Ten tweede wordt met behulp van het instrumentarium dat netwerkanalyse biedt, een definitie gegeven van het type netwerk dat deel uitmaakt van dit onderzoek. Deze definitie omvat een groot aantal geïntegreerde zorgconcepten in Nederland (paragraaf 2.3). In hoofdstuk 3 worden drie verschijningsvormen van deze zorgconcepten geïntroduceerd die passen binnen deze definitie.

Opgemerkt dient te worden dat dit hoofdstuk tamelijk abstract is, gelet op de aard van de materie. Dit is een onvermijdelijk gevolg van de multidisciplinaire benadering, die het noodzakelijk maakt om een voor juristen mogelijk complexe (doch korte) introductie te geven op de netwerkanalyse uit de sociale wetenschappen. Het is overigens mogelijk om de resterende hoofdstukken te begrijpen zonder deze introductie geheel te bestuderen: alleen paragraaf 2.3 is nodig voor een goed begrip van het vervolg, aangezien daarin de relevante Nederlandse zorgnetwerken worden besproken.

2.2 Social network analysis

De sociale netwerkbenadering is verbonden met een onderzoekstraditie binnen de sociale wetenschappen die zich richt op de gezamenlijke activiteiten van en de voortdurende uitwisselingen tussen actoren en sociale systemen.⁵⁷ Daarbij beoogt men de interactiepatronen tussen de actoren in een netwerk bloot te leggen en in kaart te brengen. Vaak worden de onderzochte netwerken gevormd door natuurlijke personen, zoals een vriendengroep of een familie. De nodes/actoren van een netwerk kunnen ook organisaties zijn. In de organisatiewetenschappen is het onderzoek naar netwerken sinds de jaren negentig enorm toegenomen. Er is inmiddels een groot aantal organisatiewetenschappelijke studies verschenen dat gebruik maakt van deze netwerkbenadering.⁵⁸ Begrippen en uitgangspunten uit de *social network analysis* vormen hierbij de basis. Theorievorming in de organisatiewetenschappen met betrekking tot netwerken borduurt voort op de ideeën en inzichten uit de sociologie. Data worden gegenereerd met behulp van interviews, vragenlijsten, uit archieven, via observaties, dagboeken, elektronische bestanden en experimenten.⁵⁹ Zoals in paragraaf 1.3 reeds is vermeld, is de introductie op netwerkanalyse die in dit hoofdstuk wordt gegeven, gebaseerd op literatuur

⁵⁷ Oerlemans & Kenis 2007, p. 37, Oerlemans 2007, p. 14.

⁵⁸ Zie hierover onder meer: Borgatti & Foster 2003 p. 991, Oerlemans 2007, p. 14 en Oerlemans & Kenis 2007, p. 37.

⁵⁹ Marsden 1990, p. 436.

uit zowel de sociologie als de organisatiwetenschappen. Hierbij zal geen strikte scheiding worden gehanteerd tussen het sociale netwerkperspectief en het organisatiwetenschappelijke perspectief op netwerken. Basisbegrippen en -theorieën zijn met name ontleend aan de sociologie en de *social network approach*. De gebruikte artikelen van een organisatiwetenschappelijk karakter zijn veelal meer aanvullend dan wel verdiepend van aard.

2.2.1 De actoren van het netwerk, relaties en inbedding

In de netwerkanalyse wordt een onderscheid gemaakt tussen *interorganizational* en *intraorganizational networks*. Beide voldoen aan de algemene omschrijving van een netwerk als een groep *nodes* die worden verbonden door een groep *ties*. Toch verschillen zij fundamenteel. Indien het gaat over een *intraorganizational network*⁶⁰ doelt men op een netwerk binnen één organisatie, bijvoorbeeld een zelfstandige juridische entiteit/rechtspersoon zoals een ziekenhuis. De actoren in het netwerk zijn dan onder anderen de specialisten, verpleegkundigen en de fysiotherapeuten die werkzaam zijn in dit ziekenhuis. Heeft men het over een *interorganizational network*⁶¹ dan gaat het om een netwerk dat wordt gevormd door drie of meer organisaties.⁶² De actoren van het netwerk zijn dan bijvoorbeeld het ziekenhuis, het verpleeghuis en een maatschap van huisartsen.

Traditioneel gaat het in de sociale wetenschappen om het verzamelen en interpreteren van *attributionele data*. Dit zijn data die betrekking hebben op de kenmerken en eigenschappen van verschillende actoren. In het geval van netwerkanalyses wordt er echter gewerkt met *relationele data*⁶³. Hierbij is niet de persoon of de organisatie de eenheid van analyse, maar staan de relaties tussen deze organisaties of personen centraal.⁶⁴ Daarbij moeten de relaties tussen actoren worden gezien als kanalen voor (materiële en niet-materiële) middelen. Het is afhankelijk van de interesses van de onderzoeker welk type relatie hij beschrijft. Vaak gaat het om relaties als technologische samenwerking, uitwisseling van informatie en communicatie, uitwisselen van kennis, affectie en vriendschap, economische transacties (het uitwisselen van goederen en diensten), of invloed (hieronder begrepen het geven en/of ontvangen van advies en het uitoefenen van macht en controle).⁶⁵ Deze relaties kunnen volledig gebaseerd zijn op vertrouwen of meer zijn geformaliseerd en neergelegd in een contract.⁶⁶ Netwerkanalyse onderscheidt zich van andere typen onderzoek in de sociale wetenschappen doordat het theorieën, modellen en toepassingen omvat die worden uitgedrukt in termen van relationele

⁶⁰ Zie over netwerken binnen organisaties bijvoorbeeld: Bruggeman 2008, hoofdstuk 7.

⁶¹ Zie over netwerken van organisaties bijvoorbeeld het review van Provan, Fish en Sydow: Provan e.a. 2007.

⁶² Provan e.a. 2007, p. 482 en Provan & Kenis 2008, p. 3.

⁶³ Zie over het verzamelen, opslaan en verwerken van relationele data voor sociaal wetenschappelijk onderzoek: Scot 2000, hoofdstuk 3.

⁶⁴ Van Aelst & Bruyninckx 1998.

⁶⁵ Oerlemans & Kenis 2007, p. 39, zie tevens Provan e.a. 2007, p. 482.

⁶⁶ Provan e.a. 2007, p. 482.

concepten en processen.⁶⁷ Zo kan met behulp van sociaalwetenschappelijke methoden onderzoek worden gedaan naar hoe een groep consensus bereikt en op grond daarvan beslissingen neemt. Hierbij kan worden gedacht aan een jury die tot een oordeel moet komen, of aan een organisatiecomité dat probeert fondsen te werven. Veel onderzoekers zullen zich hierbij richten op de uitkomsten van het overleg. Men zal zich focussen op de aard van de beslissing en eventueel nagaan welke kenmerken van de actoren de beslissing zouden kunnen hebben beïnvloed. Met een netwerkbenadering wordt de nadruk gelegd op de interacties tussen de groepsleden om zo het beslissingsproces beter te kunnen begrijpen.⁶⁸ Het onderzoek kan betrekking hebben op het bestuderen van sociale structuren of op het handelen van individuen binnen bepaalde sociale structuren. In netwerkanalyses zullen deze structuren altijd in termen van netwerken en banden tussen actoren worden geoperationaliseerd.⁶⁹

Een van de leidende ideeën in de sociale netwerkbenadering is dat actoren ingebed zijn in een web van sociale relaties. Hierdoor worden hun gedragsmogelijkheden vergroot of beperkt.⁷⁰ Het inbeddingsperspectief heeft vooral bekendheid gekregen door het werk van Granovetter⁷¹. Hij laat zien dat economische transacties zijn ingebed in sociale netwerkstructuren. Gedragingen, zelfs als het gaat om koop- en verkoopgedrag, worden bepaald door sociale relaties.⁷² Hierbij kan men denken aan het effect van sociale relaties op economische uitkomsten zoals fooien voor kappers en obers en de invloed van het hebben van bepaalde ouders op de verkoop van koekjes door meisjes die bij de verkennerij zitten.⁷³ Er wordt afstand genomen van een puur sociologische benadering waarin het handelen van individuen slechts wordt bepaald door de sociale rollen die zij vervullen, maar men kiest ook niet voor een zuivere economische benadering waarin sprake is van een instrumenteel, rationeel handelen.⁷⁴ In deze visie betekent inbedding dat actoren een voorkeur hebben om interacties aan te gaan met bekenden in plaats van onbekenden⁷⁵, dat economische relaties deel uitmaken van een bredere set van sociale relaties, en dat de al bestaande relaties van invloed zijn op de ontwikkeling van nieuwe relaties.⁷⁶

⁶⁷ Wasserman & Faust 1994, p. 4.

⁶⁸ Wasserman & Faust 1994, p. 7.

⁶⁹ Ontleend aan Wasserman & Faust 1994, p. 6-8.

⁷⁰ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38, zie tevens: Borgatti e.a. 2009, p. 892.

⁷¹ Granovetter 1985, p. 481-510.

⁷² Kilduff & Brass 2010, p. 323.

⁷³ Kilduff & Brass 2010, p. 323.

⁷⁴ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38.

⁷⁵ Zie tevens: Kilduff & Brass 2010, p. 323.

⁷⁶ Zie tevens: Oerlemans & Kenis 2007, p. 38.

Binnen het inbeddingsperspectief kunnen twee benaderingen worden onderscheiden.⁷⁷ De eerste is de *relationele inbedding*. Deze benadering ziet op de directe relatie van actoren voor het verkrijgen van informatie en kennis. Actoren die directe en sterke relaties met elkaar hebben - de zogenaamde *strong ties* - hebben informatie over elkaars handelen. Bovendien wisselen ze hulpmiddelen uit, imiteren ze elkaar en beïnvloeden ze elkaars handelen.⁷⁸

Een tweede benadering is de zogenaamde *structurele inbedding*. Deze benadering ziet op de informatiewaarde van de structurele positie die een organisatie in het netwerk als geheel inneemt. Aangenomen wordt dat informatiestromen niet alleen langs directe relaties lopen maar ook via indirecte relaties en dus door het hele netwerk.⁷⁹ Bepaalde centrale posities geven makkelijker toegang tot de informatie die is opgeslagen in het netwerk dan andere posities.⁸⁰ Inbedding betekent dat bedrijven niet alleen hun relaties met hun directe contacten moeten onderhouden, maar ook dat ze de relaties die hun contacten met anderen hebben moeten proberen op een juiste manier te beoordelen en te sturen.⁸¹

2.2.2 Grenzen van het netwerk

Bij het bestuderen van netwerken is het belangrijk een duidelijk beeld te hebben van de grenzen. De grenzen van een netwerk maken het de onderzoeker mogelijk om de populatie van zijn onderzoek te identificeren en te omschrijven. Op deze manier kan worden bepaald welke de belangrijke actoren binnen het netwerk zijn.⁸² Wanneer het gaat om een kleine gesloten groep van actoren zoals de leden van een voetbalteam, de werknemers van de plaatselijke supermarkt, of de medewerkers van het departement Privaatrecht aan Tilburg University zijn de grenzen van het netwerk relatief eenvoudig te bepalen. In andere gevallen is dit lastiger. Actoren komen en gaan. Daarbij kan het gaan om veel actoren waar moeilijk een opsomming van kan worden gegeven of is het gewoon heel lastig te bepalen of bepaalde actoren nu wel of niet bij de groep horen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de elite in een bepaalde gemeenschap. Het aantonen van wie wel en niet tot de elite in de gemeenschap behoort, zal erg lastig zijn en misschien zelfs onmogelijk. Toch zal het geregeld voorkomen dat onderzoekers een 'externe' definitie kunnen formuleren met betrekking tot de grenzen van het netwerk, waardoor het mogelijk wordt te bepalen welke actoren er binnen vallen.⁸³

⁷⁷ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38, zie tevens: Gulati 1998, p. 296.

⁷⁸ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38, Gulati 1998, p. 296.

⁷⁹ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38, Gulati 1998, p. 296.

⁸⁰ Oerlemans & Kenis 2007, p. 38 en 39.

⁸¹ Kilduff & Brass 2010, 324.

⁸² Wasserman & Faust 1994, p. 31.

⁸³ Wasserman & Faust 1994, p. 31.

Als het gaat om het vaststellen van de grenzen van een netwerk zijn twee hoofdbenaderingen denkbaar, de *realistic approach* en de *nominalist approach*.⁸⁴ Bij de *realistic approach* ligt bij het definiëren van de grenzen van een netwerk de nadruk op de aannamen hierover van actoren zelf. De grenzen van een groep actoren en het behoren tot een bepaalde groep, het lidmaatschap, wordt door de leden zelf bepaald. Bijvoorbeeld een straatbende is te herkennen als een maatschappelijke entiteit aan de hand van zijn leden. De leden krijgen zelfs een naam zoals 'Jets' of 'Sharks'.⁸⁵ Wie behoort tot de bende wordt door de leden zelf bepaald. De *realistic approach* gaat uit van netwerkgrenzen gebaseerd op de aanname dat een sociale entiteit wordt bepaald door een collectief gedeelde subjectieve beleving van alle, of in ieder geval de meeste actoren die lid zijn van een bepaalde groep. Of deze beleving zo ook daadwerkelijk bestaat, zal niet vaak empirisch zijn getoetst. Dit is geen probleem als het gaat om formeel bepaalde groepen die ook als zodanig bekend staan, zoals General Motors of de Universiteit van Chicago. Als groepen informeler zijn en de structuur losser is, worden de grenzen van het netwerk onduidelijker.⁸⁶

Indien de grenzen van het netwerk worden bepaald met behulp van de *nominalist approach* zijn de keuzes die de onderzoeker hierin maakt van groot belang. De onderzoeker formuleert bewust en vooraf een kader dat in dienst staat van zijn eigen analytische aannamen.⁸⁷ Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een onderzoeker die geïnteresseerd is in de stroom email-berichten tussen onderzoekers met een bepaald specialisme. In een dergelijk onderzoek wordt de lijst van actoren bijvoorbeeld gevormd door degenen die in de laatste vijf jaar hebben gepubliceerd over het betreffende onderwerp.⁸⁸ Omdat netwerkgrenzen worden bepaald door de onderzoeker heeft de afbakening van het netwerk geen onafhankelijke status. Het hoeft dan ook niet zo te zijn dat de werkelijkheid op natuurlijke wijze aansluit bij het format dat door de onderzoeker is geformuleerd.⁸⁹

Onderzoeken vallen meestal niet duidelijk binnen een van de benaderingen. Dit is mogelijk een gevolg van het gegeven dat onderzoekers zich onvoldoende bewust zijn van deze materie en de verschillende mogelijkheden om netwerkgrenzen te bepalen.⁹⁰

Een onderwerp dat in verband kan worden gebracht met het bepalen van de grenzen van een netwerk is het onderscheid tussen *goal directed network* en *serendipitous network*.⁹¹ In een *goal*

⁸⁴ Laumann e.a. 1992, p. 65 e.v., zie hierover tevens Wasserman & Faust 1994, p. 31 en 32.

⁸⁵ Wasserman & Faust 1994, p. 31.

⁸⁶ Laumann e.a. 1992, p. 65.

⁸⁷ Laumann e.a. 1992, p. 66.

⁸⁸ Wasserman & Faust 1994, p. 32.

⁸⁹ Laumann e.a. 1992, p. 66.

⁹⁰ Laumann e.a. 1992, p. 65.

⁹¹ Zie hierover: Kilduff & Tsai 2003, p. 87 e.v.

directed network zijn de grenzen veelal duidelijk. Partijen die zich conformeren aan het doel van het netwerk maken deel ervan uit. Gaat het om een *serendipitous network* dan zijn de grenzen diffuus en afhankelijk van toevalligheden. Hieronder volgt enige uitleg over beide begrippen. Provan en Kenis definiëren het *goal directed network* als volgt:

“...groups of three or more legally autonomous organizations that work together to achieve not only their own goals but also a collective goal.”⁹²

Organisaties streven altijd een of meer doelen na. De aard van deze doelen kan verschillen. Deze kunnen louter commercieel zijn, maar natuurlijk ook een meer idealistisch karakter hebben.⁹³ In een *goal directed network* delen de actoren een gezamenlijk doel. Bijvoorbeeld kan worden gedacht aan een regionaal zakennetwerk dat als doel heeft gezamenlijk bepaalde marketingstrategieën op te zetten en klanten binnen te halen. Alle leden van dit netwerk zullen worden ingezet om dit doel te bereiken. Een ander voorbeeld is een netwerk dat alle leden moet helpen bij het vinden van een baan. De relaties tussen de verschillende actoren in het netwerk worden zo gestructureerd dat het gezamenlijke doel wordt bereikt.⁹⁴ Kenmerkend van netwerken die zich ontwikkelen naar een *goal directed network* is de noodzaak van een administratieve entiteit. Deze entiteit heeft een coördinerende functie en maakt plannen voor de activiteiten van het netwerk als een geheel. De entiteit kan deel uitmaken van het netwerk of een partij zijn buiten het netwerk.⁹⁵

Het *serendipitous network* is tegengesteld aan het *goal directed network*. In een dergelijk netwerk zijn veranderingen veelal het gevolg van de toevallige activiteiten van en interacties tussen de actoren binnen het netwerk. Daarbij zijn geen gezamenlijke doelen geformuleerd die deze interacties sturen.⁹⁶ In een *serendipitous network* maken de individuele actoren zelf de keuze met wie ze afspraken maken en met wie ze zaken doen, zonder dat een centrale netwerkvertegenwoordiger daarin sturend optreedt en zonder dat er gezamenlijke doelen zijn uitgezet of gezamenlijke strategieën zijn geformuleerd.

2.2.3 Structuren en patronen

Netwerkanalyse is een middel om de werkelijkheid te omschrijven. Daarbij wordt de werkelijkheid in algemene termen en dus op een abstract niveau omschreven. Blijft men concreet dan verdwaalt men in een enorme variëteit aan relaties en verliest men de controle.

⁹² Provan & Kenis 2008, p. 3.

⁹³ In het recht bestaat de opvatting dat de aard van de samenwerking tussen verschillende partijen mede bepalend kan zijn voor de juridische consequenties - bijvoorbeeld op het terrein van het aansprakelijkheidsrecht - die deze samenwerking tot gevolg zou moeten hebben, zie hierover: Tjong Tjin Tai e.a. 2009, p. 238-247.

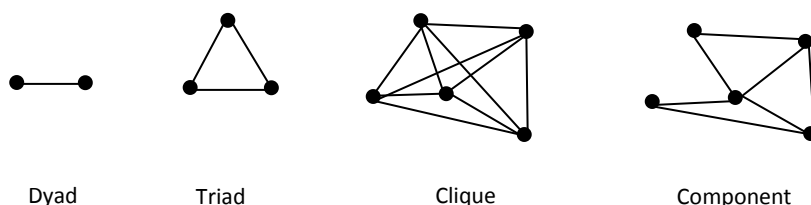
⁹⁴ Deze voorbeelden zijn ontleend aan Kilduff & Tsai 2003, p. 89.

⁹⁵ Kilduff & Tsai 2003, p. 89.

⁹⁶ Kilduff & Tsai 2003, p. 89 en 90.

Netwerkanalyse steunt op systematisch verkregen empirische data en er wordt veel gebruik gemaakt van grafische figuren om verkregen data en resultaten inzichtelijk te maken. Hierbij wordt vertrouwd op wiskundige of computergestuurde modellen.⁹⁷

Een manier waarop netwerkanalyse de werkelijkheid in kaart brengt en inzichtelijk maakt, is door het onderscheiden van structurele patronen. De netwerkbenadering gaat uit van de assumptie dat onder de complexiteit van sociale relaties continue patronen zijn te ontwaren die kunnen helpen de uitkomsten op diverse niveaus te verklaren. Het is hierbij niet alleen van belang de focus te leggen op sociale relaties tussen verschillende actoren, maar ook op de afwezigheid van de relaties tussen de actoren binnen het netwerk. Patronen binnen een netwerk worden veelal omschreven in termen van *dyads*, *triads* en *cliques* en grotere structuren zoals *components*.⁹⁸ Onder een *dyad*⁹⁹ worden twee actoren en de (aanwezige of afwezige) relatie tussen deze actoren verstaan. Als men het heeft over een *triad*¹⁰⁰ dan doelt men op drie actoren en de relaties tussen deze actoren. In het geval van een *clique*¹⁰¹ heeft men het over drie of meer actoren die allemaal aan elkaar verbonden zijn. Heeft men het over een *component*¹⁰² dan heeft men het over de actoren die elkaar altijd kunnen bereiken via netwerkrelaties. Alle actoren zijn dus direct of indirect met elkaar verbonden.



In aanvulling op het gegeven dat netwerkanalyse gaat over het onderscheiden van structurele patronen biedt het *small world*-fenomeen een interessant inzicht. De Hongaarse schrijver en dichter Karinthy poneerde in 1929 de idee dat mensen slechts verwijderd zijn van elkaar door vijf tussenschakels.¹⁰³ Eind jaren zestig stelde Milgram met een wetenschappelijk experiment vast dat een willekeurige persoon slechts zes stappen verwijderd is van een andere willekeurige persoon. Dit fenomeen wordt nu veelal aangeduid als *six degrees of separation*.¹⁰⁴ Een

⁹⁷ Freeman 2004, p. 3.

⁹⁸ Kilduff & Brass 2010, p. 325.

⁹⁹ Kilduff & Brass 2010, p. 325 en Wasserman & Faust 1994, p. 99.

¹⁰⁰ Kilduff & Brass, p. 325 en Wasserman & Faust 1994, p. 99.

¹⁰¹ Kilduff & Brass 2010, p. 325, Knoke & Kuklinski 1998, p. 179 en Scott 2000, p. 114 en 115.

¹⁰² Zie voor de definitie van een *component* onder meer: Kilduff & Brass 2010, p. 325 en Bruggeman 2008, p. 7. Zie voor het onderscheid tussen een *clique* en een *component* Scott 2000, p. 114 en 115.

¹⁰³ Zie hierover: Barabási 2002, p. 25-27.

¹⁰⁴ Travers & Milgram baseerden deze theorie op een experiment waarin personen gevraagd werd brieven te versturen naar een willekeurig gekozen persoon via hun sociale contacten. De brief mocht alleen direct naar de

interessante uitkomst hiervan is dat 'de wereld schijnbaar veel kleiner' is dan wij vermoeden en dat dit mogelijke consequenties heeft voor de manier waarop wij elkaar en gebeurtenissen beïnvloeden.¹⁰⁵ Watts en Strogatz introduceerden in 1998 naar analogie van het *small world*-fenomeen het begrip *small world networks*.¹⁰⁶ Een *small world network* is een netwerk waarbinnen *dense cliques* van actoren worden verbonden door tussenschakels fungerend als informatiekanaal of weg waarlangs controle kan worden uitgeoefend.¹⁰⁷

Met behulp van bepaalde indicatoren kan inzicht worden gegeven in sociale structuren of verbanden tussen organisaties.¹⁰⁸ Het onderzoek naar structurele patronen tussen actoren in *interorganizational networks* kent een aantal vaste indicatoren.¹⁰⁹ Het is hierbij van belang een onderscheid te maken tussen (A) onderzoek waarbij de focus van analyse ligt op een organisatie in het netwerk en (B) onderzoek waarbij de focus ligt op het netwerk als geheel. In het laatste geval wordt er ook wel gesproken over een *whole network* benadering.¹¹⁰ Hieronder zullen de verschillende indicatoren op organisatieniveau en netwerkniveau achtereenvolgens kort worden besproken.¹¹¹

A. Indicatoren, analyse op organisatieniveau

Een belangrijke manier om de positie van een actor binnen het netwerk te bepalen is het meten van de *centrality*.¹¹² Neemt de betreffende actor een meer centrale positie in of bevindt zij zich meer in de periferie van het netwerk? Het antwoord op deze vraag wordt vastgesteld op basis van het aantal directe relaties die een organisatie heeft met een andere organisatie in het netwerk. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen *in-degree* en *out-degree centrality*.¹¹³ Het berekenen van *in-degree centrality* kan worden gebaseerd op de voordelen, zoals: hulpmiddelen, informatie en cliënten die een organisatie via andere organisaties binnen het netwerk toekomt. Meet men de *out-degree centrality* dan gaat het juist om de hulpmiddelen, informatie en cliënten die de organisatie uitgaan en bij andere actoren binnen het netwerk terecht komen. Gedacht kan worden aan een dienst die een bepaalde actor levert aan een vaste groep van actoren binnen het netwerk.

uitgekozen persoon worden gestuurd als de verzender deze persoon persoonlijk kende. Milgram 1967, p. 61-67, zie hierover: Travers & Milgram 1969, Barabási 2002, p. 27 e.v., zie hierover tevens: Borgatti e.a. 2009, p. 892.

¹⁰⁵ Zie hierover tevens: Tjong Tjin Tai 2011 (b), p. 10 e.v..

¹⁰⁶ Watts & Strogatz 1998, p. 440-442, zie hierover tevens: Newman 2006 e.a., m.n. hoofdstuk 4, paragraaf 4.2.

¹⁰⁷ Baum 2003 e.a., p. 698.

¹⁰⁸ Zie hierover bijvoorbeeld: Bruggeman 2008, p. 6.

¹⁰⁹ Provan e.a. 2007, p. 480 e.v..

¹¹⁰ Zie voor een *whole network* benadering: Provan e.a. 2007, p. 480.

¹¹¹ Dit overzicht is ontleend aan Provan e.a. 2007. In dit artikel maken zij een onderscheid tussen onderwerpen binnen *network analysis* op organisatieniveau en netwerkniveau.

¹¹² *Centrality* is een veel gebruikte toepassing binnen de *social network analysis*, zie hierover onder meer: Provan e.a. 2007, p. 484, Kilduff & Tsai 2003, p. 29, Oerlemans & Kenis 2007, p. 36-54 en Everett e.a. 2005.

¹¹³ Provan e.a. 2007, p. 484, zie over het verschil tussen *in-degree* en *out-degree centrality* tevens Scott 2000, p. 69.

Een tweede indicator is *closeness centrality*. Dit wil zeggen: de mate waarin een actor verbonden is met alle andere actoren binnen het netwerk. Zowel directe als indirecte relaties worden hierbij meegenomen.¹¹⁴

Een volgende indicator is de *betweenness centrality*. De vraag die wordt gesteld is of er organisaties zijn die als poortwachter fungeren. Dit zou immers betekenen dat een dergelijke organisatie intermediaire banden moet onderhouden met organisaties die niet direct aan elkaar verbonden zijn.¹¹⁵ Deze organisaties vormen dus een brug tussen meerdere groepen in het netwerk. Van actoren die in het netwerk in meerdere verhoudingen deze brugfunctie vervullen, kan worden gezegd dat hun positie in het netwerk een hoge *betweenness centrality* kent.¹¹⁶

Een vierde indicator waar onderzoekers aandacht voor hebben, is *multiplexity*. De vraag die onderzoekers dan stellen, is wat de hechtheid is van de relaties die een organisatie met zijn netwerkpartners heeft, gebaseerd op verschillende aspecten die netwerkpartners aan elkaar binden, zoals onderzoeksrelaties, gezamenlijke programma's, verwijzingen en gedeeld personeel.¹¹⁷

Een vijfde indicator is *broker relationships*. Hoe gaan organisaties om met leemte en structurele gaten in een netwerk en wat zijn de implicaties hiervan voor de organisatie?¹¹⁸ In dit verband is het relevant om kort in te gaan op de theorie van de *structural holes*. Er is sprake van een 'structureel gat' als tussen twee afzonderlijke groepen of organisaties binnen het netwerk het verband ontbreekt.¹¹⁹ Er kunnen echter kansen worden gecreëerd als *structural holes* worden overbrugd door een zogenaamde *broker*. Contacten kunnen sneller worden gelegd. Vraag en aanbod komen bij elkaar en creativiteit en innovaties worden gestimuleerd. Organisaties die structurele gaten overbruggen, worden beschouwd als intermediairs en zullen veelal posities bekleden met veel invloed.¹²⁰

Tot slot vormen de *cliques* binnen een netwerk een indicator waar op organisatieniveau onderzoek naar wordt gedaan. Zoals gezegd, ontstaat een *clique* als drie of meer actoren aan elkaar zijn verbonden. De wijze waarop organisaties verbonden zijn in een *clique* beïnvloedt organisatorische uitkomsten op een andere manier dan wanneer de organisatie slechts verbonden zou zijn met één andere organisatie.¹²¹

¹¹⁴ Provan e.a. 2007, p. 484.

¹¹⁵ Provan e.a. 2007, p. 484.

¹¹⁶ Kilduff & Tsai 2003, p. 29.

¹¹⁷ Provan e.a. 2007, p. 484.

¹¹⁸ Provan e.a. 2007, p. 484.

¹¹⁹ Burt 1995, p. 18.

¹²⁰ Provan e.a. 2007, p. 484.

¹²¹ Provan e.a. 2007, p. 484.

B. Indicatoren, analyse op netwerkniveau

Wanneer de focus van het onderzoek ligt op het netwerk als geheel, vormt de *density* van het netwerk veelal een belangrijk aspect van de analyse. Het gaat om de algehele verbondenheid tussen de organisaties in het totale netwerk.¹²² Hoe meer actoren in het netwerk met elkaar verbonden zijn, hoe groter de dichtheid van het netwerk. De dichtheid van het netwerk kan worden gemeten door het aantal bestaande relaties te delen door het aantal mogelijke relaties.¹²³ Een belangrijke vraag is welke mate van dichtheid leidt tot gunstige effecten en welk dichtheidsniveau mogelijk leidt tot negatieve effecten. Zo wordt verondersteld dat in relatief dichte netwerken er sprake is van vertrouwen tussen organisaties. Door de aanwezigheid van vertrouwen zijn de organisaties in een dergelijk netwerk bereid te investeren in de onderlinge relaties, informatie te delen en gezamenlijke problemen op te lossen.¹²⁴

Een tweede indicator is *fragmentation and structural holes*. Net als wanneer de focus van het onderzoek ligt op één organisatie binnen het netwerk gaat het ook hier om vragen als: zijn alle of de meeste netwerkpartners direct of indirect verbonden of wordt het netwerk opgedeeld in fragmenten van niet verbonden organisaties, *dyads* en *cliques*? De nadruk ligt echter op de betekenis hiervan voor het netwerk als een geheel. Gefragmenteerde netwerken tonen verbindingen tussen organisaties die zelf niet verbonden zijn of enkel los verbonden zijn met andere clusters of verbonden organisaties. Dit betekent dat het netwerk verschillende structurele gaten kent.¹²⁵

Een volgende indicator is *governance*. De nadruk ligt op het mechanisme dat het totale netwerk bestuurt.¹²⁶ Verschillende vormen van *networkgovernance*, zoals *self-governance* of een *network administrative organisation (NAO)*, kunnen van elkaar worden onderscheiden.¹²⁷ In paragraaf 2.2.5 zal hier nader op in worden gegaan.

Een vierde indicator is *centralization*. Hierbij gaat het om de mate waarin één of een paar organisaties aanzienlijk meer relaties hebben in het netwerk dan de andere netwerkactoren.¹²⁸ *Centralization* heeft betrekking op de mogelijkheid macht en controle uit te oefenen in een netwerk. Een netwerk met een hoge *centralization* is sterk georganiseerd rond één of een paar organisaties in het netwerk.¹²⁹ Sterk gecentraliseerde netwerken worden aangeduid als netwerken met een *hub-and-spoke* patroon.¹³⁰

¹²² Provan e.a. 2007, p. 484, Provan & Milward 1995, p. 10 en Scott 2000, p. 69.

¹²³ Zie over het meten van de dichtheid van een netwerk onder meer: Kilduff & Tsai 2003, p. 30 e.v.

¹²⁴ Oerlemans & Kenis 2007, p. 44.

¹²⁵ Provan e.a. 2007, p. 485, Kilduff & Tsai 2003, p. 30.

¹²⁶ Provan e.a. 2007, p. 485.

¹²⁷ Provan e.a. 2007, p. 485 en Provan & Kenis 2008, en Kenis & Provan 2008.

¹²⁸ Provan e.a. 2007, p. 485, Scot e.a. 2005, p. 447.

¹²⁹ Provan & Milward 1995, p. 10, zie ook Kramer 2014, p. 55.

¹³⁰ Zie hierover: Barabási 2002.

Tot slot vormt de *cliques structure* een belangrijke indicator in de netwerkanalyse gericht op het netwerk als geheel. Binnen een dergelijke analyse is men op zoek naar een antwoord op de volgende vragen: Hoeveel *cliques* bestaan er binnen het netwerk? Zijn deze verbonden met andere *cliques* of gefragmenteerd? En hoeveel overlap¹³¹ is er tussen de *cliques* met inbegrip van de aard van de relaties, gedeelde informatie en gedeelde programma's?¹³²

Ketenbenadering

Voor het onderscheiden van structuren en patronen is het relevant enige aandacht te schenken aan één specifieke benadering van het netwerk, namelijk de ketenbenadering. In de praktijk wordt zowel de term keten als netwerk veelvuldig gebruikt als men het heeft over concepten waarbij meerdere partijen zijn betrokken en relaties met elkaar hebben. In veel gevallen lijken de begrippen inruilbaar: in de praktijk wordt veelal gesproken over zorgketens ook als daar geen volgtijdelijke behandeling van patiënten mee wordt bedoeld.¹³³ Toch zijn deze begrippen geen synoniemen. Zo is een keten altijd een netwerk, maar is een netwerk niet altijd een keten. Ook voor een keten geldt dat zij bestaat uit een groep *nodes* en een groep *ties*. In ketenverband zal echter veelal worden gesproken over aan elkaar verbonden schakels. Een bijzonder kenmerk van een keten is bovendien dat zij sequentieel gericht is in tijd.¹³⁴ Daarbij ligt de nadruk voornamelijk op functionele relaties. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat de algemene benadering van het netwerk ruimer is omdat het dan niet alleen gaat om functionele relaties. Anderzijds kan het onderscheiden van een keten en het denken in functionele termen een middel zijn om in complexe netwerkstructuren een sequentiële ordening door de tijd aan te brengen: het aanbrengen van paden door netwerken.¹³⁵ Het ketenconcept is hierdoor mogelijk meer geschikt om in een bepaalde situatie de relevante actoren te identificeren dan wanneer men zich beperkt tot een algemene netwerkschrijving. Een nadeel hiervan kan wel zijn dat een ketenbenadering partijen die van grote invloed zouden kunnen zijn op de keten uitsluit omdat zij geen functionele betekenis hebben.¹³⁶

Ook in de wetenschap vormt de ketenbenadering een belangrijke stroming. Met name binnen de economie wordt veelvuldig onderzoek gedaan naar logistieke ketens, de zogenaamde *supply chains*. Het kan dan gaan over het produceren van goederen, maar ook over diensten, zoals het verlenen van zorg. In een productieketen gaan goederen van de ene schakel naar de volgende

¹³¹ Zie over *clique* overlap: Kilduff & Tsai 2003, p. 47.

¹³² Provan e.a. 2007, 485, Knoke & Kuklinski 1998, p. 178 e.v.

¹³³ Zie Donkers e.a. 2008, p. 822-824: de auteurs van dit artikel zijn verbonden aan de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Deze stichting stimuleert en ondersteunt samenwerking binnen de zorg in de regio Midden-Holland. In het artikel beschrijven de auteurs drie vormen van ketenzorg: het dienstenmodel, het kluwenmodel en het transfermodel. Slechts in het laatste model gaat het om volgtijdelijke zorg, zie hierover ook Boot 2010, p. 83 e.v.

¹³⁴ Van Duivenboden e.a. 2000, p. 32, zie tevens Vrijhoef & Steuten 2006 (c), p. 181.

¹³⁵ Duivenboden e.a. 2000, p. 33.

¹³⁶ Duivenboden e.a. 2000, p. 33.

schakel in de keten. In een traditionele dienstenketen zijn dit klanten. In een zorgketen zijn dit patiënten. De patiënt krijgt achtereenvolgens zorg van verschillende zorgaanbieders en doorloopt zo de keten.¹³⁷

2.2.4 Het netwerk als een proces

De voorstelling van een netwerk als een geheel van actoren en relaties suggereert stabiliteit. Kilduff en Tsai benaderen het netwerk echter als een proces. Het onderscheid tussen *goal directed networks* en *serendipitous networks* wordt daarbij gebruikt om inzichtelijk te maken hoe een netwerk kan veranderen in tijd.¹³⁸

Het tijdspad van een *goal directed network* begint met het omschrijven van een gezamenlijk doel. Het volgende stadium is het organiseren van een bijeenkomst waarin uitgangspunten voor de organisatie van het netwerk worden geformuleerd. Het derde stadium is vaak het zoeken naar (hulp)middelen buiten het netwerk die wat bijeen is gebracht in het netwerk aanvullen. Een vierde stadium is het beoordelen van het proces dat wordt doorlopen om een doel te bereiken. Is de conclusie dat het doel niet is bereikt, dan houdt het netwerk op te bestaan. Maar ook als het doel is bereikt, kan dit de beëindiging van het netwerk betekenen. Het is overigens ook mogelijk dat er een nieuw doel wordt geformuleerd en dan begint het proces van netwerkverandering opnieuw.¹³⁹

Aan een *serendipitous network* ligt geen ontwerp of ontwikkelingsstrategie ten grondslag. Toch zijn er wel voorspelbare patronen in de ontwikkeling van dergelijke netwerken te onderscheiden. Een *serendipitous network* start altijd bij de individuele actoren (organisaties of individuen). De actoren gedragen zich onafhankelijk van elkaar en gaan binnen een bepaalde sociale context (maatschappelijke omgeving) relaties aan met andere actoren. Een vriendennetwerk ontstaat bijvoorbeeld als een individu vriendelijk wordt behandeld door een andere persoon. Vervolgens gaat het om wederkerigheid. Dit proces houdt de verzekering in dat de vriendschap die wordt aangeboden ook wordt beantwoord. Het derde stadium gaat over transitiviteit. Een individu heeft twee vrienden die hij samen wil brengen. Op deze manier zullen drie *dyads* samen een (Simmelian¹⁴⁰) *triad* vormen. De toevoeging van een derde partij aan het geheel betekent doorgaans een afschaffing van absolute tegenstelling, maar kan soms ook tegenstellingen tweeweg brengen. Bovendien maakt het beweging mogelijk en brengt het partijen bij elkaar. Van

¹³⁷ Het vergelijk met de logistiek en de dienstenketens is ontleend aan: Meijboom e.a. 1998, p. 2-6, zie tevens: Meijboom 2016.

¹³⁸ Zie hierover: Kilduff & Tsai 2003, p. 93.

¹³⁹ Zie hierover: Kilduff & Tsai 2003, p. 93.

¹⁴⁰ Simmel illustreert de kracht van een derde partij aan de hand van het monogame huwelijk. In het huwelijk tussen man en vrouw vormen kinderen de bindende factor. Binnen veel natuurvölkeren leeft de sterke opvatting dat de geboorte van kinderen een huwelijk perfectioneert en actoren onlosmakelijk met elkaar verbindt, zie: Simmel 1950, p. 146.

triads kan worden gezegd dat zij meestal erg stabiel zijn. Zij staan aan de basis van het ontwikkelen van vertrouwen, sociale normen, cohesie en samenwerking en reduceren individualisme en machtsconcentratie. Kenmerkend van een *triad* is dat zij druk op de leden legt om aan bepaalde voorwaarden en restricties te voldoen. In het vierde stadium clusteren *dyads* en *triads* samen en ontstaan er zogenaamde *dense areas*. Binnen deze componenten hebben alle actoren relaties met één of meer actoren in het netwerk.¹⁴¹ In het vijfde stadium worden de verschillende componenten verbonden door tussenpersonen. Zo besluit een vriendengroep verbonden aan een tafeltennisvereniging naar 'De vrienden van Amstel Live' te gaan. Een van de personen in de groep besluit zijn broer mee te nemen die op zijn beurt ook weer een aantal vrienden uit zijn vriendengroep meeneemt. Daarop wordt besloten een bus te huren. Er zijn nog vijf plaatsen vrij dus weer iemand anders neemt zijn collega's mee. Dit voorbeeld laat zien hoe het netwerk zich min of meer toevallig vormt zonder dat hier een vooropgezet plan aan ten grondslag ligt zoals bij een *goal directed network* het geval is.

2.2.5 Het netwerk als governancestructuur

Belangrijke governancestructuren zijn de markt en de hiërarchie¹⁴², ook wel aangeduid als een organisatie of in juridische terminologie als een rechtspersoon. Kenmerk van de markt als governancestructuur is het gegeven dat coördinatie als vanzelf plaatsvindt. De markt reguleert zichzelf. De idee hierachter is dat individuen eigenbelang en het vergroten van de individuele welvaart nastreven en dat dit niet alleen leidt tot de beste uitkomsten voor het individu maar ook voor de maatschappij als geheel.¹⁴³ Daarbij bestaat er in de markt de vrijheid om relaties aan te gaan en afspraken te maken. Zo kunnen partijen ervoor kiezen met elkaar een obligatoire overeenkomst aan te gaan. Op deze manier ontstaat er een eenzijdige of meerzijdige verbintenis. Ten minste een partij neemt de verplichting op zich iets te doen of te laten. Denk hierbij aan een schenking, een koopovereenkomst of een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Kenmerkend aan de obligatoire overeenkomst is dat partijen tegenover elkaar staan. Tegenover de plicht van de een te presteren staat het recht van de ander op deze prestatie. Obligatoire overeenkomsten regelen veelal primair de verhouding tussen twee partijen. In de termen van de netwerkanalyse zou men kunnen spreken over *dyadic relations*.

Binnen een hiërarchie of een organisatie liggen de verhoudingen vast. De wijze waarop de samenwerking wordt gecoördineerd is geformaliseerd. Veel zaken worden binnen de organisatie gerealiseerd en dit gebeurt op basis van hiërarchische aansturing.¹⁴⁴ In juridische terminologie zou men de hiërarchie aanduiden als een rechtspersoon. Met een hiërarchie kan dus bijvoorbeeld een vereniging, een BV of een NV worden bedoeld.

¹⁴¹ Zie verder over de verschillende structuren en patronen die een netwerk kan hebben paragraaf 2.2.2.

¹⁴² Williamson 1983.

¹⁴³ Zie hierover: Thompson e.a. 1998, p. 3.

¹⁴⁴ Kenis & Provan, 2008, p. 297.

Naast de markt en de hiërarchie als meer klassieke governancestructuren wordt het netwerk steeds vaker omschreven als een aparte governancestructuur. Het netwerk wordt daarbij tussen de markt en hiërarchie geplaatst.¹⁴⁵ *Network governance* kan daarbij als volgt worden gedefinieerd:

“Network governance is het verbinden of delen van informatie, middelen, activiteiten en competenties van minstens drie organisaties om samen *outcome* te bewerkstelligen.”¹⁴⁶

Netwerken zijn inzetbaar in het geval men producten en diensten wil ontwikkelen en leveren waarvoor meerdere organisaties nodig zijn.¹⁴⁷ Hierbij kan worden gedacht aan het netwerk van organisaties dat nodig is om een nieuw kopieerapparaat te ontwikkelen, maar ook aan de organisatie van de avond-, nacht- en weekenddienst voor medische hulp in een bepaalde regio. Vanuit het perspectief van de ontvanger is de gezamenlijke prestatie van het netwerk van groter belang dan de inbreng van de verschillende netwerkpartners afzonderlijk.¹⁴⁸ Het gegeven dat meerdere organisaties nodig zijn om de gestelde doelen te kunnen verwezenlijken, maakt dat de reikwijdte van de hiërarchie als governancestructuur hiervoor te beperkt is. Ook de markt zal als sturingsmechanisme te kort schieten. De markt prikkelt organisaties vooral in het belang van de eigen organisatie te handelen en eigen doelen na te streven. *Network governance* is gebaseerd op het principe van samenwerkend gedrag en het feit dat de actoren in het netwerk bezorgd zijn over het lot en succes van de eigen organisatie maar ook van de andere organisaties in het netwerk.¹⁴⁹ Het verdient echter opmerking dat de huidige institutionele context niet erg vriendelijk is voor netwerken als governancevorm. Zo kunnen zich nog weinig mensen een goed beeld vormen van een netwerk als productiesysteem. Bovendien heeft wet- en regelgeving en ook subsidiebeleid alleen betrekking op organisaties en niet op netwerken. Ook accounting en verantwoordelijkheidssystemen hebben alleen betrekking op organisaties en niet op grotere verbanden.¹⁵⁰

2.2.6 Drie vormen van network governance

In het bovenstaande is *network governance* besproken als een governancestructuur die moet worden geplaatst tussen de markt en de hiërarchie. Netwerken komen echter in verschillende vormen voor en dit is bepalend voor de wijze waarop het netwerk wordt bestuurd.¹⁵¹ Dit betekent dat de *governance* van netwerken kan verschillen. Provan en Kenis onderscheiden drie

¹⁴⁵ Zie hierover onder meer: Powell 1990, p. 295-336, Jones e.a. 1997, Thompson e.a. 1998 en Kenis & Provan 2008, Cafaggi 2008.

¹⁴⁶ Kenis & Provan 2008, p. 296.

¹⁴⁷ Kenis & Provan 2008, p. 297.

¹⁴⁸ Kilduff & Tsai 2005, p. 296.

¹⁴⁹ Kenis & Provan 2008, p. 298.

¹⁵⁰ Kenis & Provan 2008, p. 299.

¹⁵¹ Kenis & Provan 2008, p. 300.

vormen.¹⁵² Allereerst noemen zij het *Participant-Governed Network/Zelfregulerende netwerk*.¹⁵³ Dit is volgens hen de meest eenvoudige *governancevorm* aangezien de actoren gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de regulering van het netwerk. Er kan dus ook geen administratieve eenheid worden aangewezen of een partij die de besturende taken heeft. *Governance* in deze vorm kan een formeel karakter hebben - bijvoorbeeld doordat vertegenwoordigers van de verschillende organisaties vaste bijeenkomsten hebben - of zijn meer informeel van aard, dat blijkt uit de voortdurende ongecoördineerde inspanningen van actoren die zo een aandeel hebben in het succes van het netwerk. Het voordeel van een *Zelfregulerend netwerk* is dat er veelal sprake is van een hoge netwerkparticipatie en betrokkenheid van de actoren binnen het netwerk. Bovendien vormt een dergelijke netwerkstructuur zich makkelijk. Het nadeel is dat een dergelijke *governancevorm* inefficiënt is. Alle partijen in het netwerk communiceren met elkaar, het kan moeilijk zijn om consensus te bereiken en het netwerk heeft geen duidelijk gezicht naar de buitenwereld toe.

Een tweede *governancevorm* die Provan en Kenis onderscheiden, is het *Lead Organization-Governed Network/Leiderorganisatienetwerk*.¹⁵⁴ De actoren binnen een dergelijk netwerk kennen gezamenlijke doelen en in zekere mate is er ook sprake van samenwerking en interactie. Belangrijke besluiten worden echter gecoördineerd door één van de partijen uit het netwerk. Deze partij treedt op als organisatieleider van het netwerk. Daarnaast biedt de partij administratieve hulp en/of faciliteert hij de activiteiten van de netwerkpartners. Leidend hierbij zijn de gezamenlijke doelen van het netwerk. Voor het al dan niet functioneren van een dergelijk netwerk is de legitimiteit, maar ook de efficiëntie van de leider bepalend. Het nadeel van een dergelijke structuur is dat de organisatie er een eigen agenda op na kan houden, waardoor de andere netwerkpartners zich gedomineerd voelen door deze leidende organisatie en het netwerk. Bovendien kunnen de andere netwerkpartners hun aandacht ten aanzien van de na te streven netwerkdoelen verliezen doordat de leiderorganisatie veel verantwoordelijkheden naar zich toetrekt en taken op zich neemt. Deze netwerkvorm kan worden ontwikkeld doordat zij van bovenaf wordt opgelegd, bijvoorbeeld doordat de overheid een bepaalde organisatie subsidie verleent zodat zij een bepaalde taak kan uitvoeren. Zij kan echter ook bottom-up worden vormgegeven.

Een laatste *governancevorm* die door Kenis en Provan wordt besproken, is de *Network Administrative Organization/Netwerk administratieve organisatie (NAO)*.¹⁵⁵ Net als binnen een *Leiderorganisatienetwerk* is er in een dergelijk netwerk een partij die als specifieke taak heeft het netwerk te coördineren en de netwerkactiviteiten te managen. Anders dan in een

¹⁵² Provan & Kenis 2008, en Kenis & Provan 2008.

¹⁵³ Provan & Kenis 2008, p. 6 e.v. en Kenis & Provan 2008, p. 301.

¹⁵⁴ Provan & Kenis 2008, p. 7 en 8 en Kenis & Provan 2008, p. 301 e.v..

¹⁵⁵ Provan & Kenis 2008, p. 8 en Kenis & Provan 2008, p. 302 en 303 e.v..

Leiderorganisatienetwerk is dit geen partij die zelf deelneemt aan het primaire proces binnen het netwerk maar is de partij een zelfstandige entiteit, die buiten het netwerk staat. Daarbij moet het besturen van het netwerk als exclusieve taak worden gezien van deze administratieve organisatie.

2.2.7 De meerwaarde van een netwerkbenadering

De netwerkbenadering is gebaseerd op de idee dat patronen in de relaties tussen actoren in het netwerk belangrijke consequenties hebben voor deze actoren.¹⁵⁶ Kenmerkend voor sociale netwerkanalyse is dan ook het geloof dat sociale netwerken bepalend zijn voor de mogelijkheden en onmogelijkheden die individuen en groepen toekomen.¹⁵⁷ Onderzoekers zijn daarbij niet tevreden met het enkel beschrijven van sociale relaties, de inbedding van bepaalde actoren en de sociale structuren binnen het netwerk. Zij richten hun onderzoek ook op het belang van verschillen in patronen en sociale structuren voor individuele actoren en voor het netwerk als geheel. Zo wordt aangenomen dat de netwerken waar we deel van uitmaken van invloed zijn op onder meer onze levensverwachtingen, de ontvankelijkheid voor infecties, promoties en bedrijfsinnovaties.¹⁵⁸

De netwerkanalyse sluit hiermee aan bij de inzichten die verwoord zijn als *social capital*. Sinds Loudry eind jaren zeventig de term introduceerde, is in veel publicaties door verschillende auteurs¹⁵⁹ over het begrip geschreven. Een eenduidige definitie kan inmiddels moeilijk aan de term worden gegeven. Volgens bepaalde definities heeft het begrip vooral betekenis voor het collectief. Het gaat dan om het voordeel dat toekomt aan het collectief als een resultaat van de relaties tussen verschillende groepen, organisatorische eenheden en hiërarchische niveaus.¹⁶⁰ Anderen benadrukken meer de betekenis van *social capital* voor het individu. De sociale netwerkbenadering neemt aan dat verschillende samenstellingen van sociale relaties verschillende voordelen opleveren voor de actoren. Vaak wordt *social capital* daarbij niet als geld omschreven, maar als kapitaal dat samenhangt met sociale relaties. Actoren hebben niet dezelfde controle over hun *social capital* als over hun vermogen en persoonlijke kapitaal. Om gebruik te kunnen maken van *social capital* is het bijvoorbeeld noodzakelijk samen te werken of een beroep te doen op anderen, zoals het vragen om advies of hulp op het werk.¹⁶¹

¹⁵⁶ Freeman 2004.

¹⁵⁷ Kilduff & Brass 2010, p. 328, zie tevens hierover: Wasserman & Faust 1994, p. 4 e.v..

¹⁵⁸ Kilduff & Brass 2010, 329.

¹⁵⁹ Zie bijvoorbeeld: Coleman 1988, Podolny en Baron 1997, Tsai & Ghoshal 1998, Portes 2000, Kilduff & Tsai 2003, Oh e.a. 2004, Everett e.a. 2005.

¹⁶⁰ Kilduff & Tsai, 2003, p. 28, zie over het verschil tussen *individual social capital* en *group social capital* bijvoorbeeld: Everett e.a. 2005, p. 63 en Portes 2000, p. 3.

¹⁶¹ Kilduff & Tsai 2003, p. 28.

Een aspect dat betrekking heeft op de toegevoegde waarde van het netwerk, is de innoverende kracht die een netwerk kan hebben. Organisaties beschikken veelal niet zelf over alle middelen om te kunnen innoveren.¹⁶² Voor het ontwikkelen van nieuwe ideeën, diensten en producten is samenwerking met andere partijen veelal vereist. Niet zozeer de eigenschappen van individuele organisaties maar de inbedding van de organisatie in het netwerk is bepalend voor de innovatieve kracht van een organisatie.¹⁶³ Zowel directe als indirecte relaties kunnen een positieve invloed hebben op de innovatieve output van een organisatie of netwerk.¹⁶⁴ In een netwerkperspectief op innoveren wordt de omgeving met de door innovatie benodigde hulpbronnen niet in abstracte termen beschreven, maar in termen van concrete vormen van interactie met identificeerbare actoren die in bepaalde van elkaar verschillende netwerkstructuren opereren. Dit betekent dat netwerken de gedragsmogelijkheden van actoren kunnen vergroten of juist kunnen verkleinen. Zo gaat het om de invloed van bepaalde gebruikers en afnemers op het ontstaan van bepaalde innovaties (zoals door gebruikers ontwikkelde prototypen van medische instrumenten, die later door producenten worden overgenomen); de vergroting van de kennisvoorraad van innoverende organisaties als gevolg van samenwerking met universiteiten; of om specifieke configuraties van actoren die ertoe leiden dat toeleveranciers bepalen wat en hoe er in een sector geïnnoveerd wordt.¹⁶⁵

Een belangrijk element als het gaat over de innovatieve kracht van het netwerk is het onderscheid tussen de zogenaamde *weak ties* en *strong ties*.¹⁶⁶ In 1973 poneerde Granovetter¹⁶⁷ de theorie dat *strong ties* verschillende actoren op zodanige wijze aan elkaar verbinden dat zij allemaal onderling verbonden zijn. De informatie die de verschillende actoren hebben en met elkaar uitwisselen is veelal hetzelfde, waardoor geen bijdrage wordt geleverd aan innovatie. *Weak ties* daarentegen vormen veelal een brug tussen delen van het netwerk die anders niet aan elkaar verbonden zouden zijn waardoor uiteenlopende informatie uit de verschillende delen van het netwerk kunnen worden bijeengebracht.¹⁶⁸ Het is echter de vraag of de theorie van Granovetter in alle gevallen stand houdt. Zoals eerder aangegeven, is in de netwerkanalyse het meten van de dichtheid van een netwerk een belangrijk onderdeel. Over de vraag of juist een netwerk met een hoge *density* of juist een netwerk met een lagere *density* (en dus veelal gekenmerkt door veel *structural holes*) het sterkste innoverende vermogen heeft, bestaat geen overeenstemming. Betoogd zou kunnen worden dat in een netwerk met een hoge *density* het vertrouwen van partijen groter is dan in netwerken met een lagere *density*, wat een positief effect zou kunnen hebben op de innovatieve kracht van het netwerk. Indien netwerken met een

¹⁶² Oerlemans & Kenis 2007, p. 41.

¹⁶³ Oerlemans & Kenis 2007, p. 42.

¹⁶⁴ Oerlemans & Kenis 2007, p. 43 en Coleman 1988, p. 98.

¹⁶⁵ Oerlemans & Kenis 2007, p. 43.

¹⁶⁶ Zie hierover: Krackhardt 1992, p. 216.

¹⁶⁷ Granovetter 1973, p. 1360-1380.

¹⁶⁸ Zie hierover: Krackhardt 1992, p. 216.

lagere *density* meer *weak ties* en netwerken met een hogere *density* meer *strong ties* kennen, zou dit betekenen dat de theorie van Granovetter niet altijd opgaat. Oerlemans en Kenis geven aan dat mogelijk een onderscheid moet worden gemaakt tussen innovatieve ideeën, die het beste kunnen worden gegenereerd in een netwerk met een lage *density*, en de realisatie van innovaties waarvoor een hoge *density* geschikter is.¹⁶⁹

Wel dient te worden opgemerkt dat *small world networks* laten zien dat in een netwerk groepjes kunnen bestaan waarin de actoren sterk met elkaar zijn verbonden in *cliques*. De algehele dichtheid van het netwerk blijft in deze situaties echter laag. Toch kan als gevolg van verbindingen tussen deze *cliques* een situatie ontstaan waarbinnen alle actoren in het netwerk met elkaar worden verbonden door een relatief klein aantal tussenschakels.¹⁷⁰

De innoverende kracht van een netwerk zal veelal als een positieve uitkomst van samenwerking in netwerken worden ervaren. De actoren in een netwerk zullen echter ook eigen doelen nastreven en zich in bepaalde gevallen mogelijk opportunistisch gedragen. Bij innovatieve samenwerkingsvormen waar veel kennis wordt uitgewisseld kan dit als een gevaar worden ervaren. Om misbruik te voorkomen zullen samenwerkende partijen geneigd zijn om formele controle op elkaar uit te oefenen. Formele controle en evaluatie hebben echter een sterke negatieve invloed op creativiteit, een kernelement voor innovatie. Informele controle, bepaalde vormen van vertrouwen en evaluaties die meer gericht zijn op het proces bevorderen daarentegen innovatie en creativiteit.¹⁷¹

2.3 Een kader voor het zorgnetwerk

In de vorige paragraaf is een korte introductie op de sociale netwerkanalyse gegeven. Hieraan kunnen aanknopingspunten worden ontleend voor een verdere definiëring van het netwerk. In paragraaf 2.2.2 zijn twee benaderingen geschetst die kunnen worden gehanteerd bij de afbakening van het netwerk: de *realistic approach* en de *nominalist approach*. In deze paragraaf wordt een aantal kenmerken geschetst dat het zorgnetwerk dat object is van dit onderzoek definieert. In dit onderzoek is dus sprake van een *nominalist approach*. Concreet betekent dit dat de volgende aspecten nadere uitwerking en invulling krijgen:

1. De actoren van het zorgnetwerk (paragraaf 2.3.1)
2. Het doel van het zorgnetwerk (paragraaf 2.3.2)
3. De keuze voor een *whole network* benadering (paragraaf 2.3.3)

¹⁶⁹ Oerlemans & Kenis 2007, p. 45.

¹⁷⁰ Baum e.a. 2003, p. 697-725.

¹⁷¹ Oerlemans & Kenis 2007, p. 48.

2.3.1 De actoren van het zorgnetwerk

Dit onderzoek ziet op *interorganizational networks*; dus op netwerken tussen organisaties. De keuze hiervoor is ingegeven door het recht. In het geval er sprake is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk binnen één organisatie zal duidelijk zijn wie hiervoor aansprakelijk gesteld kan worden. Dit komt doordat een organisatie rechtspersoonlijkheid heeft en daarmee een potentieel aansprakelijke partij is, dan wel een personenvennootschap is en daarmee haar eigen aansprakelijkheidsregiem kent. Op basis van art: 7:462 BW geldt bovendien een centrale aansprakelijkheid voor zorginstellingen. Deze centrale aansprakelijkheid houdt in dat indien er 'binnen de muren' van bijvoorbeeld een ziekenhuis een fout wordt gemaakt, de instelling hiervoor aansprakelijk is als ware zij zelf partij in de behandelingsovereenkomst. De patiënt staat in een dergelijke situatie dus niet voor het probleem niet te weten welke persoon binnen het netwerk dient te worden aangesproken.¹⁷² De reikwijdte van de centrale aansprakelijkheid beperkt zich in beginsel tot de zorginstelling en is dus niet van toepassing als zorg wordt verleend door verschillende instellingen.¹⁷³ Ook vormt een *interorganizational network* in tegenstelling tot een *intraorganizational network* geen zelfstandige juridische entiteit. Juist in situaties van gebrekkige samenhangende zorg, verleend door een *interorganizational network*, zal het daarom niet altijd duidelijk zijn wie de patiënt kan aanspreken. Complicaties ten aanzien van de toedeling van civiele aansprakelijkheid zullen zich dan ook vooral voordoen als het gaat om een *interorganizational network*.

De keus voor *interorganizational networks* maakt dat de actoren in het netwerk worden gevormd door organisaties. In dit onderzoek zijn deze organisaties veelal zorgaanbieder; organisaties die zorg verlenen aan patiënten. Organisaties en zorgaanbieders zijn echter termen die geen eenduidige juridische betekenis hebben. Het is daarom belangrijk om enige duidelijkheid te scheppen in de terminologie die wordt gebruikt om de actoren in het netwerk te duiden. Onderstaand schema geeft aan hoe de actoren in het zorgnetwerk vanuit verschillende invalshoeken worden benoemd.

¹⁷² Zie over art. 7:462 BW onder meer Wijne 2017 (a), p. 428 e.v., Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014, nr. 457, Leenen e.a. 2017, p. 610 en Sluijters & Biesart 2005, p. 129 e.v..

¹⁷³ Welke betekenis art. 7:462 BW heeft voor de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een zorgnetwerk komt aan bod in paragraaf 6.5.

| Actoren binnen het zorgnetwerk | | |
|--------------------------------|---|--|
| Sociale wetenschappen | Privaatrecht | Praktijk |
| Organisatie Hiërarchie | Rechtspersonen, zoals een BV, een stichting of vereniging Personenvennootschappen, maatschap of VOF Natuurlijke personen die <u>niet</u> werkzaam zijn binnen een personenvennootschap of rechtspersoon | Zorgaanbieders, zoals een ziekenhuis, verpleeghuis, een huisartsenmaatschap of een zelfstandig werkend diëtist en andere bij de zorg betrokken organisaties. |

Een belangrijk element dat bepalend is voor de aard van een netwerk en hier op zijn plaats is te bespreken, is het gegeven dat een netwerk moet worden beschouwd als *non-hierarchical*. De partijen binnen een *interorganizational network* moeten worden gezien als onafhankelijk/autonoom en hebben een grote vrijheid om zelfstandig op te treden. Daarbij hoort dat er formeel geen sprake is van ondergeschiktheidsrelaties of van een hiërarchische structuur.¹⁷⁴ Deze uitleg van het begrip *non-hierarchical* maakt echter onvoldoende duidelijk welke betekenis ‘netwerken zijn *non-hierarchical*’ heeft voor het recht. Men kan het standpunt innemen dat door het netwerk te bestempelen als *non-hierarchical* is uitgesloten dat bepaalde hiërarchisch geconstrueerde rechtsfiguren op het netwerk kunnen worden toegepast. Hierbij kan worden gedacht aan de hulppersoonconstructie neergelegd in art. 6:74 BW jo. art. 6:76 BW (zie hierover paragraaf 6.3.2). In een dergelijke situatie huurt een partij - om aan haar verplichtingen jegens een derde te kunnen voldoen - een andere partij in om bepaalde werkzaamheden te verrichten. Partijen blijven in dit geval echter autonoom; gaan geen deel uitmaken van de ander. Mijns inziens is dit dan ook niet de juridische betekenis die aan het begrip *non-hierarchical* moet worden toegekend. Wel dient men vanuit een civielrechtelijke invalshoek het begrip *non-hierarchical* te interpreteren als het gegeven dat een *interorganizational network* nooit een rechtspersoon is, of in sociaalwetenschappelijke termen geformuleerd geen hiërarchie of organisatie kan zijn.

¹⁷⁴ Zie hierover: Provan e.a. 2007, p.482 en O’Toole, Jr. 1997, p. 45.

2.3.2 Doel van het zorgnetwerk

Dit onderzoek gaat over *goal directed networks*. Enkel netwerken waarin een gezamenlijk doel wordt nagestreefd maken deel uit van het onderzoek. *Serendipitous networks* vallen buiten de reikwijdte van het onderzoek. De reden hiervoor is tweeledig. Allereerst kan zo het onderzoek worden afgebakend. Min of meer toevallige (zorg)netwerken bestaan er in het oneindige. Door enkel netwerken met een bepaald doel mee te nemen, wordt de reikwijdte van het onderzoek beperkt. Een tweede reden is de vooronderstelling dat het verbinden van aansprakelijkheidsconsequenties aan netwerken waar geen enkel ontwerp of plan aan ten grondslag ligt, verder verwijderd is van het huidige rechtssysteem dan het verbinden van aansprakelijkheidsconsequenties aan *goal directed networks*.¹⁷⁵

De netwerken die deel uitmaken van dit onderzoek beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren en de efficiëntie te vergroten door middel van afstemming en samenwerking. Dit doen zij door ook daadwerkelijk gezamenlijk of in samenhang zorg te verlenen. Netwerken die zelf geen zorg beogen te verlenen en dus louter facilitair zijn, vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Het doel - dat zorgaanbieders gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen - volgt niet alleen uit de feitelijke samenwerking, maar kan ook zijn opgetekend in concrete samenwerkingsafspraken en/of neergelegd in (zorg)programma's. Mijn onderzoek richt zich op de relaties tussen de actoren in het netwerk die zich kenmerken door afspraken en gedragingen die gericht zijn op het gezamenlijk of in samenhang verlenen van bepaalde zorg. Deze relaties kunnen niet worden gekenmerkt als tweerelaties, maar als relaties tussen meerdere partijen. Dit in tegenstelling tot het recht dat de werkelijkheid veelal reduceert tot tweepartijenrelaties, zie hierover hoofdstuk 6.

2.3.3 Een *whole network* benadering

Bij het vaststellen van de aansprakelijkheidsconsequenties wanneer zorg wordt verleend door een netwerk van zorgaanbieders kan men de nadruk leggen op één of meer partijen in het netwerk. Men zou dan bijvoorbeeld voor deze partijen afzonderlijk kunnen bepalen wat de aansprakelijkheidsrisico's zijn van het werken in het netwerk. Het vertrekpunt voor dit onderzoek is de positie van de patiënt; wie kan de patiënt aanspreken in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk (zie paragraaf 1.2). Hiervoor is het nodig inzicht te hebben in het totale netwerk. In dit onderzoek is daarom gekozen voor een *whole network* benadering; het onderzoek richt zich op het gehele zorgnetwerk en niet op slechts een of enkele actoren in het netwerk.

¹⁷⁵ Zie ook: Tjong Tjin Tai e.a. 2009, p. 242.

2.4 Netwerkanalyse: juridisch relevante indicatoren

In paragraaf 2.2 is een introductie gegeven op de netwerkanalyse. In deze introductie wordt een aantal indicatoren genoemd met behulp waarvan men een concreet netwerk nader kan omschrijven en analyseren (zie paragraaf 2.2.3). Hoe een netwerk op deze indicatoren scoort, biedt mogelijk aanknopingspunten voor de vraag hoe aansprakelijkheid kan worden toegedeeld in geval dit netwerk gebrekkige samenhangende zorg verleent (zie hoofdstuk 7). In dit onderzoek zullen de volgende indicatoren worden meegenomen:

- De *centralization* van het netwerk
- De *density* van het netwerk
- Gaat het om een *keten* (een netwerk waarbinnen volgtijdelijk zorg wordt verleend) of gaat het om een netwerk waarbinnen tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders zorg aan een bepaalde patiënt wordt verleend?
- De *governancevorm* van het netwerk: gaat het om een *Zelfregulerend netwerk*, een *Leiderorganisatienetwerk* of een *NAO*?

In hoofdstuk 3 wordt voor zover mogelijk voor de drie verschijningsvormen van netwerken aangegeven hoe zij op bovengenoemde indicatoren scoren. In hoofdstuk 6 en 7 wordt aangegeven welke consequenties deze scores mogelijk hebben voor de toepassing van het aansprakelijkheidsrecht.

2.5 Conclusie

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een schematische weergave van het kader waarbinnen de verschijningsvormen die in hoofdstuk 3 worden geïntroduceerd vallen en de mogelijk relevante indicatoren voor toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk.

| Kenmerken van het zorgnetwerk | |
|--|---|
| De actoren van het zorgnetwerk | <i>Zorgaanbieders, zie tevens het schema bij paragraaf 2.3.1.</i> |
| Non-hierarchical | <i>De actoren binnen het zorgnetwerk zijn autonoom en maken geen deel uit van een rechtspersoon.</i> |
| Doel van het netwerk | <i>Dit onderzoek gaat over goal directed networks. Enkel netwerken waarbinnen een gezamenlijk doel wordt nagestreefd maken deel uit van het onderzoek. Dit doel is gericht op gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen ter bevordering van efficiëntie en de kwaliteit van zorg.</i> |
| Relaties binnen het netwerk | <i>Kenmerken zich door gedragingen en afspraken tussen zorgaanbieders die gericht zijn op het gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen ter verbetering van kwaliteit en efficiëntie.</i> |
| Whole network benadering | <i>Het onderzoek richt zich niet tot een bepaalde zorgaanbieder uit het netwerk, maar op alle zorgaanbieders binnen het netwerk en het netwerk als een geheel.</i> |
| Juridisch relevante indicatoren | |
| <i>Centralitization</i> | |
| <i>Density</i> | |
| <i>Netwerk of keten</i> | |
| <i>Governancevorm</i> | |

3 Verschijningsvormen van zorgnetwerken

3.1 Inleiding

Het bevorderen van efficiëntie en kwaliteit van gezondheidszorg staat al decennialang op de agenda van de politiek en betrokken organisaties.¹⁷⁶ De verbetering van afstemming en samenhang in de gezondheidszorg is daarbij een terugkerend aandachtspunt. Op verschillende niveaus zijn initiatieven genomen die hier een bijdrage aan dienen te leveren. Overheid, zorgverzekeraars, beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders hebben zich ervoor ingezet. Dit heeft geleid tot een grote diversiteit aan samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg.

In dit hoofdstuk worden drie verschijningsvormen van netwerken besproken die passen in het door mij geschetste kader in hoofdstuk 2. Dit betekent niet dat dit alle denkbare verschijningsvormen van netwerken zijn die kunnen worden geplaatst in dit kader. Wel zijn de verschijningsvormen die ik bespreek representatief voor een aantal belangrijke samenwerkingsinitiatieven dat er in Nederland is. De volgende verschijningsvormen zullen achtereenvolgens worden besproken:

- *Het zorggroepnetwerk* § 3.3
- *Het gefaciliteerde zorgnetwerk* § 3.4
- *Het acutezorgnetwerk* § 3.5

De verschillende verschijningsvormen worden niet allemaal op dezelfde systematische wijze en aan de hand van eenzelfde opbouw besproken. De onderlinge verschillen tussen de netwerken en de diversiteit aan informatie over deze netwerken laten dit niet toe. Wel wordt iedere verschijningsvorm mede aan de hand van vier netwerkindicatoren die in hoofdstuk 2 zijn besproken, nader omschreven. Het gaat hierbij om de volgende indicatoren:

¹⁷⁶ Zo werd midden jaren zeventig in de Structuurnota Gezondheidsrecht 1974 al gesproken over de noodzaak tot herstructurering van de gezondheidszorg gezien de sterke stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Meer recentelijke aandacht voor deze aspecten blijkt bijvoorbeeld uit de rijksbegroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2017, *Kamerstukken II* 2016/17, 34550 XVI, 2 (MvT) als ook uit de rijksbegroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2018, *Kamerstukken II* 2017/18, 34775 XVI, 2 (MvT).

- De *centralization* van het netwerk
- De *density* van het netwerk
- De *governancevorm* van het netwerk: gaat het om een *Zelfregulerend netwerk*, *Leiderorganisatienetwerk* of een *NAO*?
- Gaat het om een keten (een netwerk waarbinnen volgtijdelijk zorg wordt verleend) of gaat het om een netwerk waarbinnen tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders zorg aan een bepaalde patiënt wordt verleend?

Elke paragraaf met betrekking tot een verschijningsvorm van een zorgnetwerk wordt afgesloten met een voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg. Deze voorbeelden keren terug in hoofdstuk 7 waarin de mogelijkheid van een netwerkaansprakelijkheid, in situaties waarin gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk, wordt afgetast.

Alvorens de bovengenoemde verschijningsvormen van netwerken aan bod komen, worden in paragraaf 3.2 drie factoren besproken die kenmerkend zijn voor de structuur en organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze factoren vormen de achtergrond waartegen netwerken zijn ontstaan en functioneren en zijn tevens belangrijke, steeds terugkerende elementen bij de beschrijving van netwerken. De factoren zijn achtereenvolgens: de verdeling van de gezondheidszorg in echelons, de geografische begrenzing van zorggebieden en de gerichtheid op een patiëntengroep met een bepaalde aandoening of ziekte.

3.2 Structuur en organisatie Nederlandse gezondheidszorg

3.2.1 Echelons

De verdeling van de gezondheidszorg in de eerste lijn en de tweede lijn is kenmerkend voor de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg en is het gevolg van de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974. In deze structuurnota werd echelonering als ordeningsprincipe van de gezondheidszorg geïntroduceerd. Daarbij werd onder een echelon verstaan:

“... een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen.”¹⁷⁷

Het eerste echelon, oftewel de eerste lijn, omvatte in beginsel alleen generale voorzieningen, zoals de huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige.¹⁷⁸ In de huidige gezondheidszorg wordt onder de eerstelijnszorg onder meer de huisarts, de tandarts, de verloskundige, de

¹⁷⁷ Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 11.

¹⁷⁸ Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 15, zie over het eerste echelon tevens Boot 2010, p. 45 e.v. en Westert e.a. 2012, p. 359.

fysiotherapeut, de oefentherapeut en de mondhygiënist geschaard. Sinds juli 2011 zijn hier de volgende paramedische beroepsbeoefenaars aan toegevoegd: de logopedist, de diëtist, de ergotherapeut, de orthoptist, de huidtherapeut en de podotherapeut.¹⁷⁹ De hulpverleners uit de eerste lijn hebben gemeenschappelijk dat zij direct toegankelijk zijn, dus zonder verwijzing. Het tweede echelon, oftewel de tweede lijn omvatte medisch specialistische zorg.¹⁸⁰ Deze zorg diende zoveel mogelijk binnen een instelling, zoals een ziekenhuis of een verpleeghuis te worden geleverd. In de jaren tachtig werd echter al het nadeel van een strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg onderkend.¹⁸¹ Zo hebben patiënten met chronische ziekten veelal zorg nodig van dan weer de huisarts en dan weer de specialist. De strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg bracht met zich mee dat de patiënt aan de specialist werd overgedragen als hij op de polikliniek kwam, terwijl een advies aan de huisarts of een andere vorm van ondersteuning al voldoende zou zijn geweest.¹⁸²

De verdeling van de gezondheidszorg in eerste- en tweedelijnszorg is van belang bij het ontstaan en de beschrijving van zorgnetwerken. Veelal richten netwerken zich bijvoorbeeld juist op de samenhang tussen eerste- en tweedelijnszorg. Deze netwerken zouden kunnen worden aangeduid als *transmurale zorgnetwerken*. Er zijn echter ook voorbeelden van netwerken die zich juist richten op de versterking van de zorg binnen de eerste lijn.

3.2.2 Geografische grenzen

Een tweede factor die bepalend is bij de beschrijving van een zorgnetwerk is het geografische gebied waarbinnen het netwerk opereert. Naast de introductie van het echeloneringsprincipe werden met de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 de pijlers gericht op zorg binnen de regio. Men gebruikte hierbij het begrip *regionalisatie*.¹⁸³ In de Structuurnota werd regionalisatie als volgt gedefinieerd:

“...de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert.”¹⁸⁴

Aan de beoogde regionalisatie lag de overtuiging ten grondslag dat het afstemmen van voorzieningen en de besturing van de gezondheidszorg het best binnen een beperkt gebied konden worden gerealiseerd. Hierdoor zou de bereikbaarheid en de continuïteit van de

¹⁷⁹ Zie hiervoor het Besluit van 6 juli 2011, houdende wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut in verband met de directe toegankelijkheid van de diëtist, ergotherapeut, logopedist, orthoptist en podotherapeut, *Stb.* 2011, 366.

¹⁸⁰ Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 13, zie over het tweede echelon tevens Boot 2010, p. 54 e.v. en Westert e.a. 2012, p. 359.

¹⁸¹ Spreeuwenberg & Pop 2000, p. 19.

¹⁸² Spreeuwenberg & Pop 2000, p. 19.

¹⁸³ Zie over regionalisatie tevens Boot 2010, p. 74 e.v.

¹⁸⁴ Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 10.

gezondheidszorg kunnen worden bevorderd.¹⁸⁵ Nog steeds is de focus op zorg binnen de regio groot. Ook de laatste jaren is het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport sterk gericht op regionale zorg; zorg dient dicht bij de mensen te worden verleend.¹⁸⁶ Nabijheid van zorg is een belangrijk uitgangspunt als het gaat om basiszorg. Onder basiszorg wordt direct toegankelijke zorg verstaan, zoals deze door huisartsen, apothekers, tandartsen en fysiotherapeuten wordt verleend, maar ook door wijkverpleegkundigen, thuiszorg en deels door het ziekenhuis. Bij de beschrijving en afbakening van netwerken is het geografische gebied waarbinnen netwerken zorg verlenen een belangrijke factor. Netwerken verlenen veelal zorg binnen een bepaalde regio.

3.2.3 Gericht op een bepaalde aandoening of ziekte

Een derde punt met behulp waarvan het zorgnetwerk kan worden omschreven, is de soort zorg die wordt verleend. Zo zijn veel netwerken gericht op patiënten of groepen patiënten met een bepaalde aandoening of ziekte. Een voorbeeld hiervan zijn netwerken die zich richten op de zorg aan patiënten met een bepaalde chronische aandoening, zoals diabetes mellitus, of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Niet alleen door de vergrijzing maar ook als gevolg van een veranderende leefstijl stijgt het aantal chronisch zieken. Op 1 januari 2014 zijn er 8,2 miljoen mensen in Nederland met één of meer chronische ziekten. Dit komt overeen met de helft van de Nederlandse bevolking.¹⁸⁷ Door de zorg in ketens of andere netwerken te organiseren, beoogt men de kwaliteit van zorg aan iedere patiënt te kunnen waarborgen en hoopt men de zorg betaalbaar te houden.¹⁸⁸ Andere zorgnetwerken richten zich niet zozeer op patiënten met één bepaalde aandoening of ziekte, maar op een bepaalde patiëntengroep, bijvoorbeeld kinderen of ouderen, of op het verlenen van een bepaald type zorg, zoals acute zorg.

3.3 Zorggroepnetwerken

Zorggroepnetwerken zijn netwerken die worden geïnitieerd en ondersteund door zorggroepen. Sinds 2005 zijn er in heel Nederland zorggroepen opgericht.¹⁸⁹ Inmiddels telt Nederland ongeveer 115 zorggroepen.¹⁹⁰ Spreekt men over zorgnetwerken en ketenzorg, dan gaat het vaak over zorggroepen. De zorggroep zelf is echter géén netwerk in de zin van dit onderzoek (zie ook paragraaf 3.3.2).

¹⁸⁵ Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 10.

¹⁸⁶ Dit beleid komt onder meer tot uitdrukking in de volgende stukken die in de afgelopen jaren zijn verschenen: 'Zorg die werkt: beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)', brief, d.d. 26 januari 2011, van minister E.I. Schippers aan Tweede Kamer, de 'Beleidsagenda 2017' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Kamerstukken II* 2016/17, 34550 XVI, 2 (MvT), p. 6. en de 'Beleidsagenda 2018' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Kamerstukken II* 2017/18, 34775 XVI, 2 (MvT), p. 7.

¹⁸⁷ volksgezondheidszorg.info, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

¹⁸⁸ Ursum e.a., p. 18.

¹⁸⁹ Leusink & Talboom-Kamp 2009, p. 11, De Wildt e.a. 2010, p. 14, Boot 2010, p. 53 en Bouwhuis & De Jong 2015.

¹⁹⁰ ineen.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

Alvorens een adequate omschrijving van het *zorggroepnetwerk* te kunnen geven, dient eerst een nadere omschrijving te worden gegeven van de zorggroep.

3.3.1 De zorggroep nader omschreven

De term zorggroep kan voor enige verwarring zorgen aangezien iedere groep die kan worden gerelateerd aan de zorg een zorggroep zou kunnen worden genoemd. In veel gevallen zal echter met het begrip zorggroep eenzelfde specifieke organisatievorm met een eigen kenmerkende structuur en functie worden bedoeld. In verschillende rapporten is een omschrijving gegeven voor het fenomeen zorggroep. Hieronder volgt een aantal definities:

“Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met de zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.”¹⁹¹

“Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders verenigd zijn die verantwoordelijk zijn voor het coördineren en leveren van chronische zorg aan een nader omschreven patiëntenpopulatie (in een bepaalde geografische regio) en waarbij gebruik wordt gemaakt van een keten-dbc-contract.”¹⁹²

“Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van de ketenzorgprogramma’s bedoeld.”¹⁹³

Belangrijke elementen uit bovengenoemde definities zijn:

- Een zorggroep heeft rechtspersoonlijkheid;
- contracteert met de zorgverzekeraar;
- in de vorm van een keten-diagnosebehandelcombinatie-contract (keten-dbc-contract);
- is verantwoordelijk voor het coördineren en leveren van zorg;
- aan een patiëntenpopulatie met bepaalde chronische ziekten;
- binnen een bepaalde geografische regio;
- en heeft tot doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Bij het ontstaan van zorggroepen speelde de wens de chronische zorg te verbeteren een doorslaggevende rol. Met behulp van zorgstandaarden moest de kwaliteit en de effectiviteit van

¹⁹¹ De Wildt & Leusink 2008, p. 7.

¹⁹² Van Til e.a. 2010, p. 17 en Struijs e.a. 2009, p. 23.

¹⁹³ ineen.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

de chronische zorg worden versterkt. Zorgstandaarden beschrijven op hoofdlijnen aan welke zorginhoudelijke en organisatorische eisen de chronische zorg moet voldoen.¹⁹⁴ Het opstellen van zorgstandaarden bleek in het verleden echter onvoldoende om de continuïteit van samenwerking tussen zorgaanbieders, die nodig wordt geacht om de chronische zorg te verbeteren, te realiseren. Een belangrijk obstakel hierbij was de financiering van de zorg. De versnipperde bekostigingssystematiek van de verschillende onderdelen van de chronische zorg werd als een barrière ervaren voor afstemming en samenwerking in de zorg. De minister van VWS heeft daarom in 2007 toestemming gegeven te gaan experimenteren met een nieuwe manier van bekostiging van diabeteszorg.¹⁹⁵ Op basis van de Zorgverzekeringswet waren zorgverzekeraars al verplicht zorg in te kopen ten behoeve van hun verzekerden. Met behulp van een (keten-dbc-contract) werd het mogelijk alle losse onderdelen van de chronische zorg als één prestatie/product, dus integraal in te kopen bij een zorggroep.¹⁹⁶ De wettelijke basis voor deze integrale bekostigingssystematiek is de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) en (beleids)regels die de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) op aanwijzing van de minister heeft geformuleerd.¹⁹⁷

Naast diabeteszorg is vanaf januari 2010 integrale bekostiging van chronische zorg voor vasculair risicomanagement (VRM) mogelijk en sinds juli 2010 is integrale bekostiging van zorg aan mensen met COPD mogelijk.¹⁹⁸ Inmiddels is ook de integrale bekostiging van zorg aan mensen met astma aan dit lijstje toegevoegd en bieden de beleidsregels ruimte te experimenteren met zorg aan andere patiëntengroepen.¹⁹⁹ De zorg die integraal kan worden ingekocht, wordt omschreven in een zorgprogramma.

3.3.2 Zorggroepen en het zorggroepnetwerk

Zorggroepen ontstaan veelal op initiatief van huisartsen.²⁰⁰ Niet zelden vermeldt de website van een zorggroep dat zij een samenwerkingsverband is van huisartsen en door huisartsen is vormgegeven.²⁰¹ Het bestuur van veel zorggroepen wordt dan ook gevormd door huisartsen of huisartsen maken deel uit van het bestuur.²⁰² De zorggroep is echter zelf geen netwerk (zie ook

¹⁹⁴ Van Til e.a. 2010, p. 13.

¹⁹⁵ Van Til e.a. 2010, p. 13, De Jong-Van Til e.a. 2012, p. 9.

¹⁹⁶ Van Til e.a. 2010, p. 13, De Jong-Van Til e.a. 2012, p. 9.

¹⁹⁷ Art. 7 Wmg geeft de minister de bevoegdheid de zorgautoriteit algemene aanwijzingen te geven ten aanzien van de onderwerpen waaromtrent de zorgautoriteit bevoegd is om (beleids)regels vast te stellen, zie ook *Kamerstukken II* 2004/05, 30186, nr. 3 (MvT), p. 54.

¹⁹⁸ Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken 2011, p. 3 en Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken 2012, p. 5.

¹⁹⁹ Zie: *Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg* 2017 van de NZa, Beleidsregel BR/REG-17172 en *Regeling multidisciplinaire zorg* van de NZa, Regeling NR/CU-742. zie tevens Boot 2010 p. 53 en Bouwhuis & De Jong 2015, p. 10.

²⁰⁰ Zie hierover bijvoorbeeld: Leusink & Talboom-Kamp 2009, p. 11.

²⁰¹ Zie de websites van onder meer: Nucleus Zorg (nucleuszorg.nl), Meditta (meditta.nl), Integrale Zorggroep Eerstelij Rijnmond (izer.nl) (geraadpleegd op 6 oktober 2017).

²⁰² NZa & NMa 2010, p. 13.

paragraaf 3.3), althans géén *interorganizational network*, en daarom dus geen zorgnetwerk in de zin van dit onderzoek (zie paragraaf 2.3). Zorggroepen zijn namelijk altijd rechtspersoon, waardoor zij geen netwerk van organisaties kunnen zijn. De rechtsvormen van zorggroepen verschillen. Veelal is een zorggroep een besloten vennootschap (BV). Andere zorggroepen zijn een stichting of een coöperatie of een combinatie van rechtsvormen.²⁰³

Voor het uitvoeren van de zorgprogramma's waartoe de zorggroep met de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd zijn echter niet alleen huisartsen nodig. Hulpverleners met verschillende disciplines moeten worden ingezet bij de zorg die op basis van het zorgprogramma dient te worden verleend. Dit kan op drie verschillende manieren worden georganiseerd. Allereerst de vorm waarbij alle hulpverleners in dienst zijn van de zorggroep.²⁰⁴ Een tweede mogelijkheid is dat de zorggroep zelf geen zorg verleent, maar afspraken maakt met zorgaanbieders die de zorg feitelijk verlenen. Een derde mogelijkheid is een mengvorm van deze twee.²⁰⁵ In de laatste twee gevallen zijn er meerdere zelfstandige zorgaanbieders bij de zorg betrokken. In deze situaties wordt er zorg verleend door een netwerk van zorgaanbieders. Deze netwerken maken deel uit van het onderzoek. Het gaat in deze gevallen immers om een netwerk van meerdere organisaties, dus een *interorganizational network*. In het vervolg zullen deze netwerken *zorggroepnetwerken* worden genoemd.

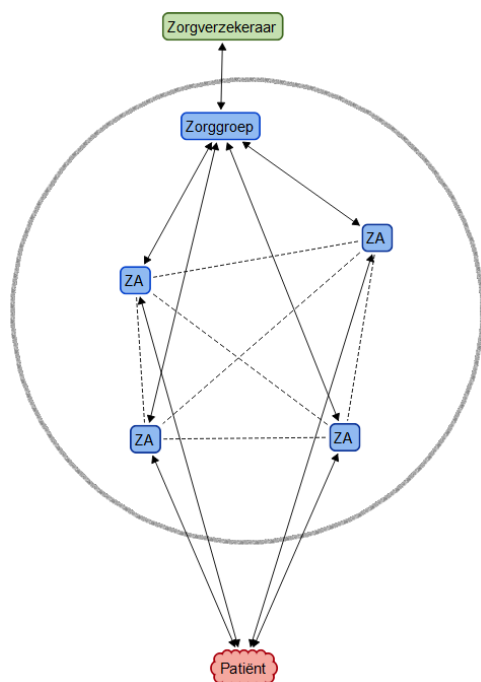
Naast zorgaanbieders is een groot aantal spelers betrokken bij de totstandkoming van de zorg. Hierbij kan gedacht worden aan het *ministerie van VWS*, de *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*, de zorgverzekeraars, de *Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*, *InEen (organiseert de eerste lijn)*, patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, eerstelijnszorgaanbieders zoals de fysiotherapeut of de diëtist en commerciële organisaties, zoals farmaceutische bedrijven of ICT-leveranciers.²⁰⁶ Dit onderzoek beperkt zich echter tot het netwerk van zorgaanbieders dat gezamenlijk of in samenhang zorg verleent. In het *zorggroepnetwerk* zijn dit de zorgaanbieders die het zorgprogramma feitelijk uitvoeren. De grenzen van het concrete *zorggroepnetwerk* worden bepaald door het zorgprogramma en de afspraken die de zorggroep met de verschillende zorgaanbieders op basis hiervan heeft gemaakt. Veelal zijn dit zorgaanbieders binnen een bepaalde regio.

²⁰³ De Jong-Van Til 2012 e.a., p. 15, zie ook NZa & NMa 2010, p. 11.

²⁰⁴ Een voorbeeld van een dergelijke zorggroep is Zorggroep Almere, zorggroep-almere.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²⁰⁵ Zie voor dit onderscheid bijvoorbeeld Struijs e.a. 2009, p. 23 en NZa & NMa 2010.

²⁰⁶ Ontleend aan: Leusink & Talboom-Kamp 2009, p. 55. Leusink & Talboom-Kamp omschrijven deze organisaties als de actoren van het netwerk waarin zorggroepen zich bevinden.



Figuur 1. Zorggroepnetwerk

3.3.3 Samenwerking en afstemming in zorggroepnetwerken

De eerste zorgprogramma's die door zorggroepen in de markt zijn gezet, zijn de diabetesprogramma's. De zorgprogramma's voor diabetes zijn dan ook het verst ontwikkeld en inmiddels hebben alle zorggroepen een diabeteszorgprogramma. De standaard waarop het diabetesprogramma is gebaseerd, is de *NDF Zorgstandaard*²⁰⁷. Deze zorgstandaard is functioneel omschreven. Dit betekent dat niet is omschreven welke concrete zorgaanbieder wat moet doen.²⁰⁸ De zorgstandaard benoemt wel de disciplines die nodig zijn om de zorg te kunnen leveren. In het geval van het diabetesprogramma gaat het om oogartsen, internisten, nefrologen, cardiologen, neurologen, vaatchirurgen, klinisch chemici, apothekers, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, (medisch) psychologen en podotherapeuten en/of pedicures.²⁰⁹ In de praktijk blijken de huisartsen en de praktijkondersteuners (POH) de belangrijkste spelers bij de uitvoering van de zorgprogramma's voor diabetes. De huisarts maakt deel uit van alle zorgprogramma's en de POH is bijna altijd vertegenwoordigd. Een ruime meerderheid van de zorggroepen heeft daarnaast diëtisten en internisten, maar ook oogartsen, optometristen, podotherapeuten en in mindere mate apothekers en fysiotherapeuten gecontracteerd.²¹⁰

²⁰⁷ De *NDF Zorgstandaard* is te raadplegen via: zorgstandaarddiabetes.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²⁰⁸ Van Til e.a. 2010, p. 39.

²⁰⁹ *NDF Zorgstandaard*, zie ook Van Til e.a. 2010, p. 39.

²¹⁰ De Jong-Van Til e.a. 2012, p. 28-29.

Een substantieel aantal zorggroepen rekent onder meer de volgende activiteiten tot haar taak: zorgaanbieders voorzien van spiegelinformatie, het opstellen en implementeren van een multidisciplinair protocol, het organiseren van bij- en nascholing van zorgverleners en het organiseren van multidisciplinair overleg.²¹¹ Vrijwel alle zorggroepen maken inhoudelijke afspraken met zorgaanbieders uit het netwerk. De afspraken kunnen betrekking hebben op onder meer het registreren en rapporteren van gegevens, over de protocollaire werkwijze, bij- en nascholing, voorwaarden op het gebied van continuïteit, wachttijden of toegangstijden tot de zorg en visitatie.²¹² Een groot percentage van de zorggroepen is tevreden over de onderhandelingen met de zorgaanbieders uit het netwerk. Wel worden er regelmatig knelpunten ervaren bij de onderhandelingen. Zo worden bij de onderhandelingen die betrekking hebben op diabetesprogramma's het meest de knelpunten met diëtisten, internisten en oogartsen genoemd.²¹³

Centralization en density van het zorggroepnetwerk

De zorgaanbieders die door de zorggroep worden gecontracteerd worden veelal onderaannemers genoemd.²¹⁴ Doordat de zorggroep relaties heeft met alle zorgaanbieders uit het zorgprogramma en deze zorgaanbieders onderling niet zijn verbonden, neemt zij een centrale positie in binnen het netwerk. Het zorgnetwerk is een sterk gecentraliseerd netwerk met als centrale actor de zorggroep. Omdat de zorgaanbieders onderling niet verbonden zijn is de *density* van het *zorggroepnetwerk* laag.

Het zorggroepnetwerk: keten of netwerk

De zorg die de zorgaanbieders uit het *zorggroepnetwerk* verlenen, wordt veelal *ketenzorg* genoemd. Mijns inziens is die benaming enigszins verwarrend aangezien de zorg niet volgtijdelijk wordt verleend, maar de patiënt door meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd wordt behandeld. Zo kan het zijn dat een patiënt met diabetes een voedingsadvies krijgt van een diëtist en in diezelfde periode een afspraak heeft bij de oogarts in het ziekenhuis en tegelijkertijd doorlopend onder controle staat bij de huisarts. In de zin van dit onderzoek kan het *zorggroepnetwerk* niet als een keten worden gekwalificeerd.

²¹¹ Van Til e.a. 2010, p. 26.

²¹² Deze voorbeelden zijn ontleend aan onderzoek dat verricht is door het RIVM. In dit onderzoek is onder meer een inventarisatie gemaakt van de afspraken die worden gemaakt tussen de zorggroep en de zorgaanbieders in het kader van een diabetesprogramma, zie: Van Til 2010, p. 44, zie ook De Jong-Van Til 2012, p. 32-33.

²¹³ De Jong-Van Til e.a. 2012, p. 27 en 54, Van Til e.a. 2010, p. 44.

²¹⁴ Zie bijvoorbeeld Nza & Nma 2010, p. 12.

3.3.4 Regulering van zorggroepnetwerken

In het vorige hoofdstuk zijn drie *governancevormen* van netwerken beschreven: het *Zelfregulerend netwerk*, het *Leiderorganisatienetwerk* en de *NAO*. De vraag is welke *governancevorm* het *zorggroepnetwerk* heeft. De regie van het *zorggroepnetwerk* ligt bij de zorggroep. Het *zorggroepnetwerk* kan daarom niet als een *Zelfregulerend netwerk* worden gekwalificeerd. Deze *governancevorm* kent immers geen administratieve eenheid of een partij die de besturende taken heeft, een rol die in een *zorggroepnetwerk* is neergelegd bij de zorggroep. Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven, is er binnen een *NAO* net als binnen een *Leiderorganisatienetwerk* een partij die als specifieke taak heeft het netwerk te coördineren en de netwerkactiviteiten te managen. Die partij neemt anders dan in een *Leiderorganisatienetwerk* zelf geen deel aan het primaire proces binnen het netwerk. Het besturen van het netwerk moet daarbij als exclusieve taak worden gezien van deze administratieve organisatie. In het geval de zorggroep zelf ook feitelijke zorg verleent, zou sprake kunnen zijn van een *Leiderorganisatienetwerk*. In het geval de zorgaanbieder zelf geen zorg verleent, is het denkbaar dat het netwerk kan worden gekwalificeerd als een *NAO*.

3.3.5 Zorggroepnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg

Mevrouw Fransen heeft diabetes. De zorgverzekeraar van mevrouw Fransen heeft voor diabeteszorg een contract gesloten met de regionale zorggroep. De zorggroep maakt afspraken met andere zorgaanbieders over de te verlenen zorg. Door onvoldoende afstemming en communicatie tussen de internist in het ziekenhuis, de huisarts en de zelfstandig werkende diëtist is het medicijngebruik van mevrouw Fransen niet goed afgestemd op haar bewegings- en voedingspatroon. Het gevolg is dat het glucosegehalte in haar bloed permanent te hoog is. Mevrouw Fransen voelt zich hierdoor vaak niet goed, maar wijt dit aan het feit dat ze een dagje ouder wordt en niet direct aan haar ziekte. Bij de jaarlijkse controle door de oogarts blijkt dat als gevolg van het te hoge glucosegehalte in haar bloed haar zicht is aangetast. Het jaar daarvoor had het ziekenhuis verzuimd haar op te roepen omdat ze net een nieuw informatiesysteem (een eis van de zorggroep) in gebruik had genomen dat bij de receptionisten voor de nodige verwarring zorgde. De gevolgen zijn onomkeerbaar. Mevrouw Fransen, die weliswaar niet meer deelneemt aan het arbeidsproces, maar in haar auto toch erg graag overal naar toe gaat, is zeer aangedaan als zij te horen krijgt dat ze niet meer mag rijden. Dit betekent voor haar dat ze naast het leed dat een visuele beperking met zich meebrengt in de toekomst extra reiskosten zal moeten maken indien zij haar mobiliteit wil behouden. Het staat vast dat wanneer mevrouw Fransen adequate zorg had gekregen haar ogen nooit zo erg zouden zijn aangetast.

3.4 Gefaciliteerde zorgnetwerken

De zorggroep als contractpartij voor de zorgverzekeraar is een belangrijke speler bij het verlenen van zorg aan chronisch zieken. Er bestaan ook initiatieven die gericht zijn op het in samenhang verlenen van zorg die zich los van een zorggroep ontwikkelen. Hierbij kan worden gedacht aan netwerken waarbij een organisatie met rechtspersoonlijkheid (veelal een stichting) die zelf geen zorg verleent het netwerk ondersteunt en faciliteert, zonder dat deze partij hierover afspraken maakt met de zorgverzekeraar of de zorgkostenvergoeding verdeelt die door de zorgverzekeraar beschikbaar wordt gesteld. Voor deze netwerken geldt dat de wijze waarop zij worden georganiseerd, juridisch zijn vormgegeven en worden gefinancierd zeer divers is. Zij hebben met elkaar gemeen dat zij zich richten op zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten binnen een bepaalde regio of wijk of een bepaald gebouw. Afspraken over afstemming en samenwerking worden niet alleen gemaakt met de zorgondersteunende organisatie, maar ook tussen de zorgaanbieders onderling. Omdat de actoren in het netwerk autonome zorgaanbieders zijn, is sprake van een *interorganizational network*. In deze paragraaf wordt deze verschijningsvorm van het zorgnetwerk, dat in dit onderzoek wordt geduid als het *gefaciliteerde zorgnetwerk*, nader omschreven met behulp van twee voorbeelden: het gefaciliteerde netwerk binnen één gebouw en het gefaciliteerde netwerk zonder een gebouw.

3.4.1 Gefaciliteerde zorgnetwerken: enkele voorbeelden

Gefaciliteerde zorgnetwerken binnen één gebouw / gezondheidscentrum

Een voorbeeld van een *gefaciliteerd netwerk* zijn de autonome zorgaanbieders die afstemmen en samenwerken ten behoeve van een bepaalde (groep) patiënten en zijn gevestigd in een gezondheidscentrum. Het gezondheidscentrum is in dit netwerk de zorgondersteunende organisatie.

Het gezondheidscentrum is een voorbeeld van wijkgerichte multidisciplinaire samenwerking onder één dak en wordt ook wel aangeduid als een medisch centrum, een wijkgezondheidscentrum, een eerstelijnscentrum, een multifunctioneel centrum, een multifunctionele organisatie waarvan eerstelijnszorg deel uitmaakt of als Meerdere disciplines Onder Een Dak (MOED).²¹⁵ Door heel Nederland worden gezondheidscentra opgericht. Het NIVEL hanteert voor het begrip gezondheidscentrum de volgende definitie:

“een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen huisartsen en andere zorgverleners binnen één organisatie, vanuit een gemeenschappelijke doelstelling en (meestal) in een gemeenschappelijk gebouw.”²¹⁶

²¹⁵ Konings, p. 27 en Boot 2010, p. 50.

²¹⁶ Zie hierover bijvoorbeeld: Kenens e.a. 2006, p. 9.

In Nederland bestaan er ongeveer tussen 150 en 200 gezondheidscentra.²¹⁷ Binnen gezondheidscentra zijn de huisarts, de fysiotherapeut, de diëtiste, het algemeen maatschappelijk werk, de apotheek en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige veelal vertegenwoordigd.²¹⁸

Een voorbeeld van een gezondheidscentrum is *Gezondheidscentrum Overdiep*²¹⁹. Deze stichting biedt geïntegreerde eerstelijnszorg aan de inwoners van de gemeente Appingedam. De zorgaanbieders die deel uitmaken van het gezondheidscentrum werken samen in een speciaal hiervoor ingericht gebouw waarin zij alle een praktijkruimte huren. Een ander voorbeeld is *Gezondheidscentrum Korte Akkeren*²²⁰. Ook dit gezondheidscentrum is ondergebracht in een stichting en is een samenwerkingsverband van zelfstandige zorgaanbieders onder één dak.

Gefaciliteerde zorgnetwerken zonder één gebouw

Een voorbeeld van een gefaciliteerd zorgnetwerk, waarbij de zorgaanbieders niet zijn gevestigd in één gebouw, zijn netwerken die worden geïnitieerd en ondersteund door *Zorgnetwerk Midden-Brabant*²²¹, *Transmuraal Netwerk Midden-Holland*²²² en *Stichting Transmurale Zorg*²²³. Deze organisaties stimuleren en ondersteunen zorgaanbieders binnen een bepaalde regio bij het opzetten en uitvoeren van zorgprogramma's ten behoeve van een specifieke patiëntengroep. In de naam van zorgondersteunende organisaties is in meerdere gevallen de term netwerk verwerkt. Deze organisaties zien zichzelf veelal als een (kennis)netwerk. De zorgondersteunende organisaties zelf zijn echter géén netwerk in de zin van dit onderzoek. De organisaties die hier worden bedoeld, verlenen zelf geen zorg, maar faciliteren het netwerk.²²⁴

Volledigheidshalve dient opgemerkt te worden dat een aantal van deze zorgondersteunende organisaties zich medisch coördinerend centrum (MCC) noemt en is aangesloten bij de koepelorganisatie van en voor MCC's, de Federatie Medische Coördinerende Centra (FMCC). Zo is het *Transmuraal Netwerk Midden-Holland* een voorbeeld van een MCC. De FMCC omschrijft een MCC als volgt:

MCC's (toevoeging CZ) "...zijn centra die samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevorderen op het snijvlak van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg"²²⁵ Er is geen duidelijk

²¹⁷ Bouwhuis & De Jong 2015, zie ook Hopman e.a. 2009, p. 7.

²¹⁸ Hopman e.a. 2009 p. 7.

²¹⁹ gezondheidscentrumoverdiep.nl, geraadpleegd 6 oktober 2017.

²²⁰ gezondheidscentrumkorteakkeren.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²²¹ zorgnetwerkmmb.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²²² transmuraalnetwerk.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

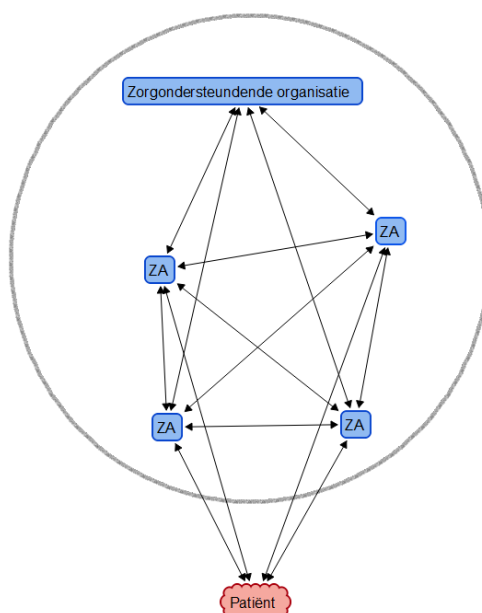
²²³ transmuraalezorg.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²²⁴ Er zijn wel MCC's die zelf zorg verlenen, maar dit zijn niet de zorgondersteunende organisaties die worden bedoeld als wordt gesproken over zorgondersteunende organisaties.

²²⁵ fmcc.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

materieel onderscheid aan te wijzen tussen MCC's en andere zorgondersteunende organisaties. Zorgondersteunende organisaties zijn MCC omdat zij zich zo noemen en aangesloten zijn bij de FMCC.

Naast zorgondersteunende organisaties die gericht zijn op de samenhang tussen de eerste en tweede lijn zijn door heel Nederland Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) opgezet. Deze organisaties stimuleren de samenwerking en samenhang binnen de eerstelijnszorg.²²⁶ Zij doen dit door te informeren en te adviseren en door partijen bij elkaar te brengen en nieuwe initiatieven gericht op samenhangende zorg binnen de regio te stimuleren. ROS'en worden gefinancierd uit collectieve middelen. Per inwoner kan een klein bedrag in rekening worden gebracht.²²⁷ Deze gelden worden via de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.²²⁸



Figuur 2. Gefaciliteerd netwerk

3.4.2 Samenwerking en afstemming in gefaciliteerde zorgnetwerken

Indien zorgaanbieders gevestigd zijn binnen één gebouw, stimuleert dit mogelijk de samenwerking en afstemming tussen deze zorgaanbieders.²²⁹ Bestudering van de websites van verschillende gezondheidscentra ondersteunt deze idee. Zo vermeldt de website van het *Gezondheidscentrum Saendelft*²³⁰ dat in het centrum een groot aantal disciplines is ondergebracht en dat omdat tussen deze disciplines nauw overleg plaatsvindt, patiënten de

²²⁶ Zie voor een omschrijving en informatie over de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) rosnetwerk.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²²⁷ Zie hiervoor: Kijkje in de keuken van de ROS 2011, p. 38-40.

²²⁸ Zie ook: ineen.nl/leden/ross/, geraadpleegd op 6 oktober 2017 en Boot 2010, p. 82 e.v.

²²⁹ Een vergelijkbare conclusie trekken de onderzoekers in Kenens e.a. 2006, p. 10.

²³⁰ gezondheidscentrumsaendelft.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

multidisciplinaire zorg als een geheel ervaren. Een ander voorbeeld is de samenwerking en afstemming binnen *Gezondheidscentrum Overdiep*. Door de zorg onder één dak te verzamelen, kan het gezondheidscentrum centrubrede zorgprogramma's voor chronisch zieken aanbieden of psychosociale zorg aan jeugd en ouderen.²³¹ Weer een ander voorbeeld is *Gezondheidscentrum De Weide*. Dit centrum voor geïntegreerde eerstelijnszorg vermeldt op de website²³² dat er een intensief samenwerkingsverband bestaat tussen de huisartsenpraktijk en de andere zorgverleners.

De *gefaciliteerde zorgnetwerken* worden gevormd door de zorgaanbieders die de zorg uit de zorgprogramma's en projecten uitvoeren en dus feitelijk de zorg uitvoeren. Zo kent *Zorgnetwerk Midden-Brabant* onder meer een *Diabetesprogramma*, een programma *Ketenzorg Dementie*, en een programma *Netwerk Palliatieve Zorg*.²³³ In een aantal gevallen hebben de zorgaanbieders die gezamenlijk een zorgprogramma uitvoeren zich contractueel gebonden. Een voorbeeld hiervan is de samenwerkingsovereenkomst in het kader van het *Netwerk Dementie Haaglanden*.²³⁴ In deze overeenkomst is de bestuurlijke verantwoordelijkheid bij het bestuur van de *Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken* neergelegd. Daarnaast spreekt de overeenkomst over een stuurgroep, waarbinnen verschillende organisaties die diensten en zorg aanbieden aan patiënten met dementie zijn vertegenwoordigd. In de overeenkomst is bepaald dat de stuurgroep verantwoordelijk is voor de activiteiten van het netwerk en voor de inhoudelijke aansturing van de netwerkcoördinator. De verantwoordelijkheid voor de uitvoerende zorg ligt bij de zorgaanbieders. Artikel 2 van de overeenkomst heeft betrekking op netwerkafspraken. Hierin is onder meer bepaald dat de regionale netwerkafspraken worden vastgesteld door het bestuur van de Stichting Transmurale Zorg en gepubliceerd worden op de website van de stichting. Deze afspraken dienen te worden gehanteerd door de zorgaanbieders bij de zorg aan en ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten.²³⁵

Centralization en density van het gefaciliteerde netwerk

Indien verschillende zorgaanbieders gevestigd zijn in één gebouw, bepaalt dat mede de verhouding tussen de verschillende zorgaanbieders in het netwerk. Men zou kunnen betogen dat alle partijen in het netwerk gerelateerd zijn aan elkaar omdat ze gehuisvest zijn in hetzelfde gebouw. Het netwerk kent dan een hoge *density*. Ook wanneer de *gefaciliteerde netwerken* niet in één gebouw gevestigd zijn, is de *density* van het netwerk hoog. Afspraken over afstemming en samenwerking worden niet alleen gemaakt tussen de zorgondersteunende organisatie en de

²³¹ gezondheidscentrumoverdiep.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²³² deweide.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²³³ zorgnetwerkmmb.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²³⁴ Zie voor deze overeenkomst: het Zorgprogramma Dementie regio Haaglanden, versie 2017, Bijlage 1: Samenwerkingsovereenkomst Dementie Haaglanden, transmuralezorg.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²³⁵ Zorgprogramma Dementie regio Haaglanden, versie 2017, Bijlage 1: Samenwerkingsovereenkomst Dementie Haaglanden, transmuralezorg.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

zorgaanbieders, maar ook tussen de zorgaanbieders onderling. De *density* van een *gefaciliteerd netwerk* is daarmee groter dan in het *zorggroepnetwerk* waarin de verschillende zorgaanbieders met name relaties hebben met de zorggroep en niet zozeer onderling verbonden zijn.

De zorgondersteunende partij zou als centrale partij kunnen worden gezien in het gefaciliteerde netwerk daar zij het netwerk ondersteunt en faciliteert en derhalve contacten heeft met alle zorgaanbieders binnen het netwerk. Daarnaast vervult mogelijk één van de zorgaanbieders een voortrekkersrol en onderhoudt deze actor de contacten met de andere zorgaanbieders uit het netwerk. De verwachting is dat de huisarts in veel netwerken - zeker als het gaat om netwerken van zorgaanbieders die eerstelijnszorg verlenen - een centrale rol vervult. Een dergelijke rol zal in een aantal netwerken ook worden vervuld door een *casemanager*. Een *casemanager* wordt bijvoorbeeld ingezet bij verschillende dementieprogramma's. Onder casemanagement dementie wordt verstaan:

*“Het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van ‘niet pluis’ of de diagnose tot aan opname in een verpleeghuis of overlijden.”*²³⁶

Casemanagement wordt veelal gezien als middel om meer samenhang, afstemming en continuïteit in de zorg te realiseren, waarbij de *casemanager* de cruciale schakel is.²³⁷ Binnen het *Netwerk Dementie* in de regio Den Haag en omstreken wordt de casemanager een centrale rol binnen het netwerk toegekend. Zo behoort de coördinatie van de hulpverlening aan een bepaalde patiënt tot de taak en de verantwoordelijkheid van de casemanager. Daarnaast dient de *casemanager* niet alleen de patiënt, maar ook mantelzorgers te ondersteunen. Ook heeft de *casemanager* een belangrijke taak met betrekking tot het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Zo legt hij onder meer verantwoording af aan zijn leidinggevende (de zorgaanbieder waar hij werkzaam is) door middel van een rapportage over de aard en aantallen van geleverde zorg.²³⁸

Ondanks dat in een aantal *gefaciliteerde netwerken* een of meerdere actoren zijn aan te wijzen die een voortrekkersrol vervullen, blijft dat de zorgaanbieders niet alleen met een centrale partij in het netwerk zijn verbonden, maar ook met elkaar. De *centralization* van *gefaciliteerde netwerken* zal dus veelal laag zijn.

²³⁶ Zie voor deze definitie: Peeters e.a. 2011, p. 7.

²³⁷ Peeters e.a. 2011, p. 8.

²³⁸ Zie hierover: Casemanagement dementie, Functiebeschrijving Casemanager dementie regio Haaglanden, augustus 2012, transmuralezorg.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

Het gefaciliteerde netwerk: keten of netwerk

De zorg die zorgaanbieders binnen een gefaciliteerd netwerk gezamenlijk of in samenhang verlenen, zal veelal geen volgtijdelijke zorg zijn. Verschillende zorgaanbieders zullen tegelijkertijd betrokken zijn bij een bepaalde patiënt. *Gefaciliteerde zorgnetwerken* kunnen dus niet worden gekwalificeerd als een keten en de zorg die zij verlenen, is geen ketenzorg in de zin van dit onderzoek.

3.4.3 Regulering van gefaciliteerde zorgnetwerken

De zorgondersteunende organisatie heeft rechtspersoonlijkheid en initieert en ondersteunt het netwerk. In een aantal gevallen treedt zij op als verhuurder en neemt in veel gevallen ook andere met name facilitaire en administratieve taken voor haar rekening. Zij heeft daarmee een coördinerende rol ten aanzien van het functioneren van het netwerk. Omdat de zorgondersteunende organisatie zelf geen zorg verleent en dus niet deelneemt aan het primaire proces binnen het netwerk, lijkt het gefaciliteerde netwerk te kunnen worden gekwalificeerd als een *NAO*. Van belang is echter dat de zorgondersteunende organisatie geen bevoegdheden of machtsmiddelen in handen heeft die zij kan inzetten bij het aansturen van het netwerk. Zo is de zorgondersteunende organisatie niet de organisatie die de zorgaanbieders uit het netwerk betaalt voor de zorg die zij leveren. Zij kan dus niet langs deze weg, zoals de zorggroep wel kan, kwaliteitseisen formuleren en afdwingen. Daar komt bij dat de rol van de betrokken zorgaanbieders bij de vormgeving van het netwerk groter is dan in het geval van een *zorggroepnetwerk*, zo blijkt bijvoorbeeld uit de samenwerkingsovereenkomst die door het *Netwerk Dementie Haaglanden* is gesloten. In deze overeenkomst is bepaald dat de vertegenwoordigers - vanuit de verschillende organisaties die zorg en diensten aan cliënten met dementie aanbieden - deelnemen in een stuurgroep. Deze stuurgroep is verantwoordelijk voor het netwerk en de aansturing van de netwerkcoördinator/casemanager (zie paragraaf 3.4.2). Dit betekent dat de verschillende zorgaanbieders binnen het netwerk betrokken zijn bij de regulering van het netwerk, waardoor mijns inziens het gefaciliteerde netwerk als een *Zelfregulerend netwerk* dient te worden gekwalificeerd.

3.4.4 Gefaciliteerd zorgnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg

De heer Basinas lijdt aan een beginstadium van de ziekte van Alzheimer²³⁹. Hij heeft tevens last van hartritmestoornissen waarvoor opname in het ziekenhuis noodzakelijk blijkt. Met medicijnen krijgt de arts in het ziekenhuis zijn hartritme weer onder controle. De heer Basinas wordt op een maandag ontslagen uit het ziekenhuis. De hartproblemen en de opname hebben echter verdere gevolgen voor zijn psychische gesteldheid. Het is belangrijk dat daarom de thuiszorg wordt aangepast. Naast hulp in de huishouding moet er iemand zijn die erop toeziet

²³⁹ De ziekte van Alzheimer (kortweg Alzheimer) is een degeneratieve aandoening van de hersenen waarbij de patiënt soms in snel tempo dementeeert.

dat de heer Basinas zijn medicijnen goed inneemt. Dit wordt echter niet geregeld. Niet door de thuiszorgorganisatie en ook niet door het ziekenhuis. De huisarts die het die week erg druk heeft aangezien zijn collega op vakantie is en hij de praktijk alleen draaiende dient te houden, heeft pas woensdag die week tijd om de heer Basinas te bezoeken. Als de huisarts arriveert, blijkt de heer Basinas zijn medicijnen niet te hebben ingenomen. Als gevolg daarvan heeft hij opnieuw ernstige hartproblemen waarvoor hij direct dient te worden opgenomen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis, de thuiszorgorganisatie en de huisarts nemen deel aan een dementieprogramma dat wordt gefaciliteerd door een lokale zorgondersteunende organisatie. Het doel van deze organisatie is de continuïteit van dementiezorg te waarborgen. Om dit doel te bereiken, hebben de aangesloten zorgaanbieders gezamenlijk afstemmings- en samenwerkingsafspraken gemaakt.

3.5 Acutezorgnetwerken

Toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn een belangrijk aspect van goede zorg. Indien het hier aan schort, zijn juist in de acute zorg de consequenties groot en bovendien direct zichtbaar.²⁴⁰ De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)²⁴¹ definieert in zijn advies²⁴² over de inrichting van de acute zorg, acute zorg als:

“de keten van activiteiten die erop is gericht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg te verlenen om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of ongeval te voorkomen”

Een laatste verschijningsvorm van zorgnetwerken die in dit hoofdstuk wordt besproken, is het netwerk van zorgaanbieders dat gezamenlijk of in samenhang acute zorg verleent: het *acutezorgnetwerk*. De organisatie van acute zorg in Nederland kent een duidelijk wettelijk kader dat landelijk is vastgesteld. Bij ministeriële regeling zijn op basis van de Wet toelating zorginstelling (WTZi) beleidsregels geformuleerd die de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg, acute somatische zorg en acute gecombineerde somatische en psychiatrische zorg, dienen te waarborgen.²⁴³ De elf traumacentra²⁴⁴ die Nederland kent, hebben hierbij een initiërende rol.²⁴⁵ Traumacentra maken deel uit van bestaande ziekenhuizen. In de provincie Noord-Brabant is dit bijvoorbeeld het *Netwerk Acute Zorg Brabant* verbonden aan het *Elisabeth-TweeSteden*

²⁴⁰ Het gaat in de acute zorg immers om leven of dood of ernstige gezondheidsschade, RVZ 2008, p.25.

²⁴¹ Vanaf 1 januari 2015 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

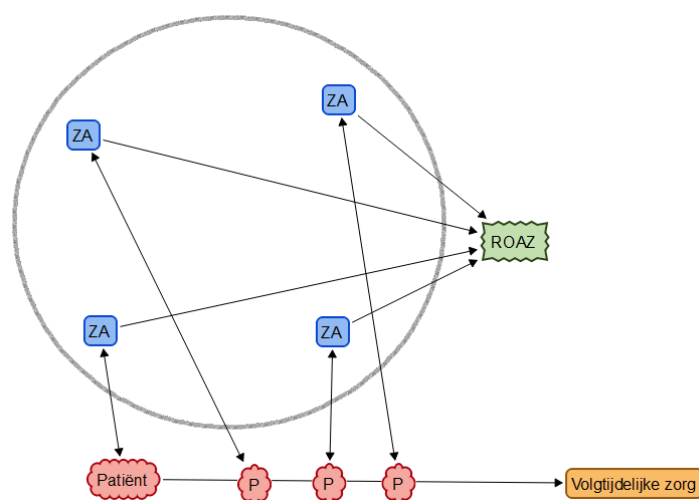
²⁴² RVZ 2003, p. 18.

²⁴³ Regeling van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017), *Stcrt.* 2016. 54053, paragraaf 3.1.

²⁴⁴ LNAZ 2016, p. 7.

²⁴⁵ Zie over de acute zorg en traumacentra: Goslings 2009.

*Ziekenhuis.*²⁴⁶ Traumacentra dienen een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren (ROAZ). Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulance voorzieningen (RAV) en huisartsenposten²⁴⁷ nemen deel aan dit overleg.²⁴⁸ Binnen dit overleg worden afspraken over afstemming en samenwerking gemaakt. De acute zorgnetwerken worden gevormd door de zorgaanbieders die deelnemen aan het ROAZ binnen een bepaalde regio en in samenhang de acute zorg binnen deze regio verlenen.²⁴⁹ Omdat de actoren in het netwerk autonome zorgaanbieders zijn, is sprake van een *interorganizational network*.



Figuur 3. Acutezorgnetwerk

3.5.1 Samenwerking en afstemming binnen acutezorgnetwerken

De afspraken tussen de zorgaanbieders die deelnemen aan het ROAZ moeten ertoe leiden dat er een sluitend werkend systeem van 7 x 24 uren zorg is. Het dient daarbij op voorhand duidelijk te zijn waarheen de patiënt vervoerd kan worden.²⁵⁰ De beleidsregels die gebaseerd zijn op de WTZi schrijven voor dat zorgaanbieders verplicht zijn deze afspraken na te komen. Zorgaanbieders kunnen bovendien alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als daarmee de 45 minuten norm om een spoedeisende hulp (SEH) van een basisziekenhuis te bereiken niet in gevaar komt.²⁵¹ Als zorgaanbieders voornemens zijn hun

²⁴⁶ nazb.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017, LNAZ 2016, p. 7.

²⁴⁷ Tijdens de avond-, nacht- en weekenden wordt de huisartsenzorg verleend door huisartsenposten (HAP).

²⁴⁸ Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017).

²⁴⁹ Vgl. LNAZ 2016, in dit rapport wordt gesproken over een traumazorgnetwerk, p. 69.

²⁵⁰ Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017), Stcrt. 2016. 54053, toelichting bij paragraaf 3.1.

²⁵¹ Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017), Stcrt. 2016. 54053, paragraaf 3.1.

zorgaanbod te wijzigen waardoor niet aan de bereikbaarheidsnorm kan worden voldaan, kan aan de bestaande toelating van de betreffende instelling het voorschrift worden verbonden dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Op deze manier kan bijvoorbeeld een basisziekenhuis worden verplicht een SEH op een bepaalde locatie open te houden. Wordt het voorschrift niet nagekomen, dan kan bestuursdwang worden toegepast. Dit betekent dat de toelating kan worden ingetrokken. Het gaat hierbij om een laatste redmiddel dat met name op dringend verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum gezamenlijk kan worden ingezet.²⁵²

Het traumacentrum heeft een hoofdrol in het samenwerkingsverband tussen de verschillende zorgaanbieders die deelnemen aan het netwerk. Het dient afspraken over afstemming en samenwerking te maken met alle actoren binnen het netwerk.²⁵³ Afspraken over de te verlenen zorg zijn ook een verantwoordelijkheid van alle zorgaanbieders die deelnemen aan het ROAZ. Een concreet voorbeeld is ontleend aan een interview met de directeur van een regionale ambulancevoorziening (RAV). Hij beschreef de situatie waarin een patiënt per ambulance wordt vervoerd naar de spoedeisende hulp en daar wordt gestabiliseerd, maar vervolgens dient te worden vervoerd naar een ander ziekenhuis. De patiënt heeft op de spoedeisende hulp echter spierverslappers gekregen om hem zo beter te kunnen beademen. Het ambulancepersoneel is niet opgeleid om patiënten in een dergelijke conditie te vervoeren. Voor dergelijke situaties is daarom afgesproken dat een verpleger uit het ziekenhuis meerijdt.

Centralization en density van het acutezorgnetwerk

Omdat het traumacentrum een belangrijke en centrale rol heeft binnen het netwerk, zou kunnen worden betoogd dat de *centralization* van het netwerk hoog is. De zorgaanbieders uit het netwerken hebben niet alleen een directe relatie met de zorgondersteunende organisatie, maar ook met elkaar aangezien zij alle deelnemen aan het ROAZ. Hierdoor is de *centralization* toch minder hoog dan in eerste instantie lijkt. Omdat alle zorgaanbieders uit het netwerk met elkaar verbonden zijn, is de *density* van het netwerk hoog.

Het acutezorgnetwerk: keten of netwerk

Als het gaat over de organisatie van de acute zorg wordt vaak gesproken over een zorgketen.²⁵⁴ Acute zorg wordt volgtijdelijk verleend. Zo meldt de patiënt zich bijvoorbeeld eerst bij de

²⁵² Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017), *Stcrt.* 2016. 54053, toelichting bij paragraaf 3.1.

²⁵³ Inaz.nl/trauma/taken, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²⁵⁴ Zo wordt in de beleidsregel gebaseerd op de WTZi herhaaldelijk de term zorgketen gebezigd, Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017), paragraaf 3.1 en de toelichting bij paragraaf 3.1, Sturms & Verheul 2013 en LNAZ 2016.

huisarts en wordt vervolgens per ambulance naar de SEH van het ziekenhuis vervoerd of wordt 112 gebeld en wordt een ambulance gestuurd waarna het ambulancepersoneel de behandeling inzet en de patiënt vervolgens wordt overgedragen aan de SEH van het ziekenhuis. Men kan daarom ook wel spreken over een zorgketen in de zin van dit onderzoek.

3.5.2 Regulering van acutezorgnetwerken

De regie van de acute zorg ligt per regio bij het ROAZ dat door het traumacentrum wordt geïnitieerd. Het ROAZ is echter geen zelfstandige juridische entiteit maar is een overleg tussen de verschillende partijen binnen het netwerk. De feitelijke coördinatie ligt daarmee bij de partijen binnen het netwerk waardoor acute zorgnetwerken als een *Zelfregulerend netwerk* zouden kunnen worden beschouwd. Omdat het traumacentrum als initiatiefnemer van het overleg een grote rol speelt kan het *acutezorgnetwerk* mogelijk ook worden beschouwd als *Leiderorganisatienetwerk*. Omdat het traumacentrum deel uitmaakt van een ziekenhuis en dus zelf ook zorgaanbieder is, zal het netwerk niet kunnen worden gekwalificeerd als een *NAO*.

3.5.3 Acutezorgnetwerk: voorbeeld van gebrekkige samenhangende zorg

Mevrouw Bartels bezoekt vrijdagochtend met haar dochtertje van 13 maanden oud haar huisarts omdat het kind koorts heeft. De huisarts denkt aan een griepje dat gewoon moet worden uitgezikt. Die middag thuis loopt de koorts op en belt mevrouw Bartels wederom met de huisarts. Hij stelt haar gerust en geeft aan dat zij haar dochtertje een paracetamol moet geven. De huisarts laat na zijn bevindingen diezelfde namiddag nog in het dossier op te nemen zodat deze indien nodig ook voor de huisartsenpost in te zien zijn. In de avond is de koorts alleen maar opgelopen en neemt mevrouw Bartels contact op met de huisartsenpost. Ze wordt te woord gestaan door de assistente. Mevrouw Bartels meldt dat het kind hoge koorts heeft en rode vlekjes op haar rompje. De assistente vraagt of het kind gewoon drinkt en plast, waarop mevrouw Bartels bevestigend antwoordt. Vervolgens overlegt de assistente met de dienstdoende huisarts zonder hierbij in te gaan op de rode vlekjes. De huisarts ziet geen noodzaak tot verder onderzoek. Vroeg in de ochtend neemt mevrouw Bartels wederom contact op met de huisartsenpost. De assistente geeft aan dat mevrouw Bartels over een uur met haar dochtertje langs kan komen. Mevrouw Bartels belt vervolgens 112. Daar verwijzen ze haar naar de huisartsenpost. Vervolgens belt ze haar eigen huisarts die haar op dat moment dringend adviseert om direct naar de huisartsenpost te gaan. Daar wordt mevrouw Bartels aangegeven plaats te nemen in wachtkamer. Nadat de dienstdoende huisarts haar dochtertje uiteindelijk onderzoekt, brengt hij haar direct met de dienstauto naar het ziekenhuis waar de kinderarts meningeale sepsis constateert. Het dochtertje van mevrouw Bartels overlijdt de volgende dag in het ziekenhuis.

3.6 Conclusie

De voorgaande paragrafen beschrijven drie verschijningsvormen van netwerken in de zorg: het *zorggroepnetwerk*, het *gefaciliteerde netwerk* en het *acutezorgnetwerk*. Deze verschijningsvormen zijn ontwikkeld tegen de achtergrond van een gezondheidszorg die georganiseerd is volgens het echeloneringsprincipe en waarbij het aanbieden van dagelijkse zorg en acute zorg binnen de regio voorop staat. Veel zorggroepen zijn bovendien gericht op het bieden van zorg aan een bepaalde groep patiënten. Zo wordt het *zorggroepnetwerk* en het *gefaciliteerde zorgnetwerk* gevormd door de zorgaanbieders die de zorgprogramma's gericht op patiënten met een bepaalde aandoening of ziekte uitvoeren en wordt het *acutezorgnetwerk* gevormd door de zorgaanbieders die de acute zorg verlenen binnen een bepaalde regio.

De drie verschijningsvormen zijn nader besproken aan de hand van vier indicatoren uit de netwerkanalyse: *centralization*, *density*, *keten/netwerk* en de *governancevorm*. In het *zorggroepnetwerk* maakt de zorggroep afspraken met alle partijen over de zorg die dient te worden verleend. De zorggroep neemt hierdoor een centrale positie in binnen het zorgnetwerk waardoor de *centralization* van het netwerk hoog is. Bovendien treedt de zorggroep als contractpartij op met de zorgverzekeraar. De coördinatie en afstemming binnen het netwerk verlopen via de zorggroep. In het geval de zorggroep zelf ook feitelijke zorg verleent, zou sprake kunnen zijn van een *Leiderorganisatienetwerk*. In het geval de zorgaanbieder zelf geen zorg verleent, is het denkbaar dat het netwerk kan worden gekwalificeerd als een NAO. De *density* binnen een *zorggroepnetwerk* is niet hoog daar contacten voornamelijk lopen via de zorggroep en niet zozeer via de zorgaanbieders onderling. Zorgaanbieders binnen het zorggroepnetwerk leveren tegelijkertijd zorg aan een bepaalde patiënt. Er is dus geen sprake van volgtijdelijke zorg, waardoor de zorg die door het *zorggroepnetwerk* wordt verleend mijns inziens niet zou moeten worden bestempeld als ketenzorg.

De tweede verschijningsvorm die wordt omschreven, zijn de *gefaciliteerde zorgnetwerken*. Door heel Nederland bestaan verschillende zorgondersteunende organisaties die (meerdere) projecten en programma's faciliteren die gericht zijn op afstemming en samenhang van zorg aan bepaalde patiëntengroepen. De wijze waarop de *zorggroepnetwerken* worden georganiseerd en vormgegeven, is duidelijk ingegeven door de bekostigingssystematiek. Hierdoor lijken *zorggroepnetwerken* erg op elkaar. *Gefaciliteerde zorgnetwerken* kennen een grote diversiteit als het gaat om de manier waarop zij worden gefinancierd, georganiseerd en uitgevoerd. Afspraken over afstemming en samenwerking worden niet alleen met de zorgondersteunende organisatie, maar ook door partijen onderling gemaakt. De *density* binnen *gefaciliteerde netwerken* is hierdoor hoger dan binnen de *zorggroepnetwerken*. Binnen de besproken netwerken kan niet duidelijk één centrale partij worden aangewezen; meerdere actoren en mogelijk ook meerdere actoren tegelijkertijd zijn een belangrijke actor binnen het netwerk. Alle

betrokken zorgaanbieders zijn gerelateerd aan elkaar. De *centralization* van de *gefaciliteerde zorgnetwerken* zal hierdoor laag zijn. Omdat alle zorgaanbieders betrokken zijn bij de regulering van het netwerk kan het acutezorgnetwerk worden gekwalificeerd als een *Zelfregulerend netwerk*. Zorgaanbieders binnen het *gefaciliteerde zorgnetwerk* leveren tegelijkertijd zorg aan een bepaalde patiënt. Er is dus geen sprake van volgtijdelijke zorg waardoor de zorg die wordt geleverd het *gefaciliteerde netwerk* mijns inziens niet zou moeten worden bestempeld als *ketenzorg*.

Tot slot is het *acutezorgnetwerk* besproken. Het kader waarbinnen acute zorg wordt verleend, wordt gevormd door WTZi en de beleidsregels die op basis hiervan door de minister zijn geformuleerd. Nederland kent elf traumacentra die de acute zorg in de regio dienen te initiëren. Het ROAZ speelt hierbij een belangrijke rol. Binnen dit overleg maken de betrokken zorgaanbieders afspraken met betrekking tot afstemming en samenwerking in de acute zorg. Het *acutezorgnetwerk* zou daarom gekwalificeerd kunnen worden als een *Zelfregulerend netwerk*. Als gevolg van de leidende rol die het traumacentrum heeft kan het *acutezorgnetwerk* mijns inziens ook gekwalificeerd worden als een *Leiderorganisatienetwerk*. Omdat alle zorgaanbieders binnen het ROAZ direct gerelateerd zijn aan elkaar, is de *density* binnen het *acutezorgnetwerk* hoog. Dit betekent tegelijkertijd dat *centralization* laag is. Acute zorg kan worden beschouwd als ketenzorg in de zin van dit onderzoek aangezien de zorg volgtijdelijk wordt verleend.

Schematische weergaven van de scores op de vier besproken indicatoren

| | Zorggroepnetwerk | Gefaciliteerd netwerk | Acutezorgnetwerk |
|-----------------|--|--|--|
| Centralization | Hoog | Meerdere belangrijke actoren mogelijk, alle actoren binnen het netwerk zijn direct aan elkaar verbonden waardoor de <i>centralization</i> laag is. | Eén belangrijke actor, alle actoren binnen het netwerk zijn direct aan elkaar verbonden waardoor de <i>centralization</i> laag is. |
| Density | Laag | Hoog | Hoog |
| Governance-vorm | <i>Leiderorganisatie-netwerk</i> of <i>NAO</i> | <i>Zelfregulerend netwerk</i> | <i>Leiderorganisatienetwerk</i> of <i>Zelfregulerend netwerk</i> |
| Keten | Nee | Nee | Ja |

4 Civiele medische aansprakelijkheid: grondslagen en zorgplichten

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 zijn drie verschijningsvormen van netwerken in de zorg besproken: het *zorggroepnetwerk*, het *gefaciliteerde zorgnetwerk*, en het *acutezorgnetwerk*. Voor ieder van deze verschijningsvormen is een voorbeeld gegeven van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een dergelijk netwerk. De vraag die vervolgens kan worden gesteld, is of het bestaande civiele medische aansprakelijkheidsrecht het mogelijk maakt een of meerdere actoren in het netwerk met succes hiervoor aansprakelijk te houden. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt in dit hoofdstuk het civiele medische aansprakelijkheidsrecht besproken. De belangrijkste grondslagen voor civiele medische aansprakelijkheid komen aan bod en tevens komt aan de orde hoe materiële normen voor civiele medische aansprakelijkheid, oftewel de zorgplicht die op de hulpverlener/zorgaanbieder rust, dient te worden ingevuld.

4.2 Plaats en grondslagen voor aansprakelijkheid van het civiele medische aansprakelijkheidsrecht

De (juridische) verhouding patiënt-hulpverlener wordt wat de civielrechtelijke verhouding betreft primair bepaald door de regels die zijn ingevoerd met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)²⁵⁵, inhoudende invoering van titel 7 *Opdracht*, afdeling 5 *De overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling* (afdeling 7.7.5 BW). Aangezien de bepalingen uit de WGBO deel uitmaken het Burgerlijk Wetboek vormen zij strikt genomen geen zelfstandige wet.²⁵⁶ In dit boek zal daarom verder worden verwezen naar afdeling 7.7.5 BW.²⁵⁷ De gelaagde structuur van het Burgerlijk Wetboek brengt met zich mee dat het civiele medische aansprakelijkheidsrecht inbedding vindt in het algemene vermogensrecht, neergelegd in boek 3 van het Burgerlijk Wetboek en meer bijzonder in het algemene verbintenissenrecht, neergelegd in boek 6 van het Burgerlijk Wetboek. Dit betekent onder meer dat voor de grondslagen van aansprakelijkheid wordt teruggevallen op het algemene verbintenissenrecht en dat de bepalingen omtrent causaliteit, relativiteit, en de bepalingen omtrent de wettelijke verplichtingen tot schadevergoeding ook van toepassing zijn als het gaat over civiele medische aansprakelijkheid.²⁵⁸

²⁵⁵ Zie voor een evaluatie van de WGBO met betrekking tot de volgende deelonderwerpen: het recht op informatie en het toestemmingsvereiste, de omgang met persoonsgegevens en de kennis en houding van patiënten met betrekking tot de WGBO: Dute e.a. 2000, zie voor een praktijkgerichte toelichting op de WGBO: Sluijters & Biesart 2005 en Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008.

²⁵⁶ Zie meer uitgebreid hierover Hartlief 2011, p. 505.

²⁵⁷ Het verdient evenwel opmerking dat de benaming WGBO zeer gangbaar is en door veel gezondheidsrechtjuristen en anderen uit de medische praktijk wordt gebruikt.

²⁵⁸ Zie ook: Hartlief 2011, p. 504-511 en Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/449, Leenen e.a. 2017, p. 597.

Een geneeskundige behandelingsovereenkomst is een overeenkomst waarin een natuurlijke persoon of een rechtspersoon zich verbindt jegens de patiënt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst²⁵⁹ (art. 7:446 BW). Zowel een individuele hulpverlener als een instelling zoals een ziekenhuis kan dus partij zijn in de overeenkomst. Is de individuele hulpverlener in dienst van de instelling, dan wordt de overeenkomst gesloten tussen de instelling en de patiënt.²⁶⁰ De term hulpverlener zoals gebruikt in afdeling 7.7.5 BW komt hiermee naar inhoud overeen met het begrip zorgaanbieder dat in dit onderzoek wordt gehanteerd.

De kwalificatie van de relatie tussen hulpverlener en patiënt als een contractuele verhouding brengt met zich mee dat de tekortkoming neergelegd in art. 6:74 BW de belangrijkste grondslag is voor civiele medische aansprakelijkheid.²⁶¹ In een aantal situaties dient een civiele vordering echter te worden gebaseerd op de onrechtmatige daad, neergelegd in art. 6:162 BW.²⁶² Hierbij kan gedacht worden aan de situatie dat de vordering wordt ingediend tegen de arts in dienst van het ziekenhuis. In dat geval is de arts immers geen hulpverlener in de zin van afdeling 7.7.5 BW en is er ook geen geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hem en de patiënt tot stand gekomen. De geneeskundige behandelingsovereenkomst bestaat dan tussen de patiënt en het ziekenhuis.²⁶³ Ook in situaties waarin een geneeskundige behandelingsovereenkomst in zijn geheel ontbreekt, zoals in het geval van geneeskundig onderzoek in het kader van een verzekerings- of arbeidsovereenkomst, of een geneeskundige behandeling in bijvoorbeeld de krijgsmacht, de gevangenis, een huis van bewaring of een TBS-instelling²⁶⁴, dient een vordering te worden gebaseerd op art. 6:162 BW.²⁶⁵ Voor het ziekenhuis geldt dat ook indien het geen behandelingsovereenkomst heeft met de patiënt - bijvoorbeeld in het geval dat de behandelingsovereenkomst is gesloten tussen een zelfstandig arts werkzaam binnen het ziekenhuis en de patiënt - aansprakelijkheid dient te worden gebaseerd op art. 6:74 BW. Ingevolge art. 7:462 BW is het ziekenhuis mede aansprakelijk voor tekortkomingen in de behandelingsovereenkomst als ware het zelf partij bij de overeenkomst.²⁶⁶ Hoewel in de meeste gevallen het juridisch het meest zuiver is de aansprakelijkheid te baseren op art. 6:74 BW wordt

²⁵⁹ De geneeskundige behandelingsovereenkomst ziet niet op situaties waarin enkel sprake is van verzorging, zoals in een instelling voor verstandelijk gehandicapten of gezonde ouderen, Wijne 2017 (a), p. 137, Wijne 2017 (b), p. 5. Toch kunnen ook dan de bepalingen uit de afdeling op grond van de norm van een 'goed opdrachtgever' (art. 7:401 BW) geheel of gedeeltelijk analoog worden toegepast, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/393.

²⁶⁰ Sluijters 2005, p. 4, Wijne 2017 (a), p. 154, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/396, Wijne 2017, p. 10.

²⁶¹ Vgl. Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/450 en Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 132.

²⁶² Zie voor de grondslagen van het civiele medische aansprakelijkheidsrecht bijvoorbeeld: Wijne 2017 (a), hoofdstuk 4.

²⁶³ Zie Michiels van Kessenich-Hoogendam 1995, p. 16.

²⁶⁴ Zie voor voorbeelden waarin sprake is van een geneeskundige behandeling zonder onderliggende geneeskundige behandelingsovereenkomst Sluijters & Biesart 2005, p. 139 en Wijne 2017 (b) 192 e.v..

²⁶⁵ Wijne 2017 (a), p. 191.

²⁶⁶ Wijne 2017 (b), p. 78, Leenen e.a. 2017, p. 610, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/457, Wijne 2017 (a), p. 429 en Sluijters & Biesart 2005, p. 129 e.v..

in de praktijk een vordering veelal zekerheidshalve gebaseerd op zowel art 6:74 BW als art. 6:162 BW.²⁶⁷ Voor beide grondslagen geldt dat aan de vereisten van een medische fout, schade en causaal verband tussen de fout en de schade²⁶⁸ dient te zijn voldaan. Voor de invulling van de civielrechtelijke norm van aansprakelijkheid maakt het bovendien geen verschil of de vordering wordt gebaseerd op een tekortkoming dan wel onrechtmatige daad.²⁶⁹ De zorgplicht wordt op eenzelfde wijze omschreven en krijgt ingevolge art. 7:464 BW²⁷⁰ ook als een geneeskundige behandelingsovereenkomst ontbreekt en de vordering dient te worden gebaseerd op art. 6:162 BW, invulling door art. 7:453 BW en de overige patiëntenbeschermende bepalingen uit afdeling 7.7.5 BW.²⁷¹

4.3 De norm van een ‘goed hulpverlener’²⁷²

Het civiele medische aansprakelijkheidsrecht maakt deel uit van het vermogensrecht, maar kent deels een heel eigen karakter alsook een eigen invulling van materiële normen voor aansprakelijkheid.²⁷³ Afdeling 7.7.5 BW is hierbij van grote betekenis. In veel medische aansprakelijkheidszaken, waarschijnlijk de meeste, is de aansprakelijkheid terug te voeren op een schending van de norm neergelegd in art. 7:453 BW.²⁷⁴ De bepaling luidt als volgt:

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet.”²⁷⁵

²⁶⁷ Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 132, zie tevens: Michiels van Kessenich-Hoogendam 1995, p. 16, Van Emden & De Haan 2014, p. 2.

²⁶⁸ Kalkman-Bogerd & Paping-Kool 2017, p. 284, zie voor de grondslagen van civiele medische aansprakelijkheid en een uitwerking van de vereisten waaraan voldaan moet zijn voor aansprakelijkheid Wijne 2017 (a).

²⁶⁹ Zie onder meer: Michiels van Kessenich-Hoogendam 1995, Kastelein 2003 (b), p. 55, Kastelein 2009, p. 43, Kalkman-Bogerd & Paping-Kool 2017, p. 283 en p. 284, Leenen e.a. 2017, p. 598-599 en Wijne 2017 (a), p. 401, Wijne 2017(b), p. 59.

²⁷⁰ Ingevolge de schakelbepaling neergelegd in art 7:464 BW zijn in deze situaties afdeling 7.7.5 BW alsmede de artt. 7:404, 7:405 lid 2 en 7:406 BW van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet.

²⁷¹ Leenen e.a. 2017, p. 599 e.v., p. 262, Wijne 2017 (a), p. 401.

²⁷² Het begrip ‘hulpverlener’ in art. 7:453 BW heeft een andere betekenis dan dit begrip in het ‘normaal’ spraakgebruik heeft. Het begrip hulpverlener verwijst immers niet naar de feitelijke hulpverlener maar naar degene met wie de behandelingsovereenkomst wordt gesloten, Sluijters & Biesart 2005, p. 4.

²⁷³ Zie ook: Hartlief 2009, p. 13.

²⁷⁴ Hartlief 2009, p. 17, Willekeurige gekozen voorbeelden hiervan zijn: HR 7 december 2007, ECLI:NL:HR:2007:BB3670, NJ 2007/644 (Medisch Centrum Leeuwarden), Rb. Rotterdam 24 november 2010, ECLI:NL:RBROT:2010:BO7879, NJF 2011/128 en Rb. Midden-Nederland 16 augustus 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:4172.

²⁷⁵ De geneeskundige behandelingsovereenkomst is een overeenkomst van opdracht. Wet-technisch gezien is art. 7:453 BW een overbodige verdubbeling van art. 7:401 BW, waarin is bepaald dat de opdrachtgever bij zijn handelen de zorg van een ‘goed opdrachtgever’ in acht moet houden. De inhoudelijke betekenis die aan deze bepalingen moet worden gegeven, komt immers overeen. Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/406.

Voor de invulling van art. 7:453 BW is het arrest *Speeckaert/Gradener*²⁷⁶ van belang. Art. 7:453 BW is een codificatie van dit arrest en materieel komt de norm uit het arrest dan ook overeen met art. 7:453 BW.²⁷⁷ De beoordelingsmaatstaf die in het arrest wordt aangelegd, is de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht.²⁷⁸ Dit heeft als gevolg dat de patiënt niet het recht heeft op de 'beste' zorg, maar op zorg van een gemiddelde kwaliteit.²⁷⁹ Een hulpverlener werkzaam in een perifeer ziekenhuis wordt in beginsel dus ook niet anders beoordeeld dan een hulpverlener in een academisch ziekenhuis en bij de beoordeling van het handelen van de hulpverlener dient te worden geabstraheerd van zaken als ervaring, leeftijd en het karakter van de hulpverlener.²⁸⁰ Wel kunnen omgevingsfactoren een rol spelen bij de eisen die aan het handelen van een hulpverlener kunnen worden gesteld. Denk aan het verschil van middelen die een medisch specialist in het ziekenhuis ter beschikking staan met die van de hulpverlener die acute hulp dient te leveren op straat.²⁸¹

4.4 Nadere invulling van de norm: een uitwerking van de zorgplicht

De rechter dient de norm neergelegd in art. 7:453 BW in te vullen door de regels en normen die op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg gelden. Zij vormen de bouwstenen voor zijn oordeel.²⁸² In de tekst van art. 7:453 BW komt dit tot uitdrukking doordat expliciet naar de professionele standaard wordt verwezen. Daarbij wordt aangegeven dat de kwaliteitsstandaard als bedoeld in art. 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet (Zvw) deel uitmaakt van de professionele standaard. Deze bepaling uit de Zvw omschrijft een kwaliteitsstandaard als: richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) het zorgproces, vast legt wat vanuit het perspectief van de cliënt noodzakelijk is om goede zorg te verlenen en overeenkomstig art. 66b Zvw is neergelegd in een openbaar register. Dit register wordt bijgehouden door het *Zorginstituut*

²⁷⁶ HR 9 november 1990, ECLI:NL:HR:1990:AC1103, *NJ* 1991/26 (*Speeckaert/Gradener*).

²⁷⁷ Zie Leenen e.a. 2008, p. 407, Michiels van Kessenich-Hoogendam 1995, p. 96.

²⁷⁸ Voorbeelden van (meer) recente rechtspraak waarin de beoordelingsmaatstaf van een redelijk bekwaam, redelijk handelend beroepsgenoot wordt gehanteerd, zijn: HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, *NJ* 2006/377 (Protocol-II), HR 9 december 2011, ECLI:NL:HR:2011:BT2921, *NJ* 2011/599 (*Flevoziekenhuis*), HR 23 december 2016, ECLI:NL:HR:2016:2987, *NJ* 2017/133, Rb. Den Haag 1 februari 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:827, *NJ* 2017/49 en Rb. Midden-Nederland 16 augustus 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:4172.

²⁷⁹ Teeuwissen maakt het vergelijk met een rapportcijfer 6 a 7, Teeuwissen 1997, p. 47, zie hierover Leenen e.a. 2008, p. 34 en 407, Sluijters & Biesart nuanceren dit enigszins door te stellen dat indien de rechter het gebruikelijke, gemiddelde niveau onaanvaardbaar laag acht, hij een hogere maatstaf aanlegt, bijvoorbeeld in die gevallen dat door de rechter een resultaatsverbintenis in plaats van een inspanningsverbintenis wordt aangenomen, Sluijters & Biesart 2005, p. 61.

²⁸⁰ Wijne 2017 (a), p. 287, Wijne 2017 (b), p. 52-53, zie voor de norm van redelijk handelend beroepsbeoefenaar in het algemeen Van Emden & De Haan 2014, p. 17 e.v en bijvoorbeeld de volgende uitspraken: HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR:2017:2444, *NJ* 2017/395, HR 19 februari 2016, ECLI:NL:HR:2016:288, *NJ* 2016/295 en HR 18 september 2015, ECLI:NL:HR:2015:2745, *NJ* 2016/66.

²⁸¹ Wijne 2017 (b), p. 53.

²⁸² *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 33.

*Nederland*²⁸³ en is te raadplegen via de website van het Zorginstituut.²⁸⁴ De kwaliteitsstandaard uit de Zvw ziet op regels door de beroepsgroep zelf opgesteld. De professionele standaard als bedoeld in art. 7:453 BW is echter meeromvattend dan de kwaliteitstandaard zoals gedefinieerd in de Zvw.²⁸⁵ Het begrip professionele standaard in art. 7:453 BW ziet op *alle* normen, regels, vakliteratuur, ervaringen e.d. waarmee een hulpverlener wordt geacht rekening te houden.²⁸⁶ Wat onder de professionele standaard dient te worden verstaan, laat zich dan ook niet beknopt en eenduidig omschrijven.²⁸⁷ In het handboek van Leenen wordt bij de invulling van de professionele standaard een onderscheid gemaakt tussen de medisch-professionele standaard en de overige aspecten.²⁸⁸ De medisch-professionele standaard houdt in dat de handeling volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring wordt uitgevoerd. Onder de overige aspecten wordt het voldoen aan de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke regelingen, waaronder wettelijke regelingen, geschaard. In tegenstelling tot de eerste categorie geldt voor de tweede categorie dat de regels niet door de beroepsgroep zelf worden gevormd, maar binnen andere kaders, zoals wetgeving en rechtspraak.²⁸⁹

Legemaate geeft in zijn preadvies voor de Vereniging van Gezondheidsrecht van 1994 een vergelijkbare ordening bij de omschrijving van de professionele standaard.²⁹⁰ Hij maakt daarin een onderscheid tussen recht van 'buiten', en recht van 'binnen' en een mengvorm hiervan. Met recht van 'buiten' worden wettelijke voorschriften (inclusief internationale verdragen) en jurisprudentie bedoeld. Het recht van 'binnen' heeft betrekking op beroepscodes en gedragsregels, primair gericht op attitude, vakinhoudelijke, technische regels (welke een weergave van de stand van de wetenschap vormen), standaarden, richtlijnen en protocollen (welke technisch-inhoudelijk en/of procedureel kunnen zijn) en regels betreffende specifieke hulpverlenings-ethische kwesties. Tot slot wordt met mengvormen bedoeld op richtlijnen van de inspectie (welke de status hebben van een zwaarwegend advies) en algemene juridische, ethische en beroepsnormen.²⁹¹ Zowel door Legemaate als in het handboek van Leenen wordt een genuanceerd beeld van de professionele standaard geschetst. Hiermee wordt duidelijk dat de zorgplicht van hulpverleners op verschillende niveaus en in verschillende lagen gestalte krijgt.

²⁸³ Het Zorginstituut werd in het leven geroepen met de Wet van 11 december 2013 tot wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van kwaliteit van de zorg, *Stb*, 2013, 578, zie hierover tevens *Kamerstukken II* 2014/15, 34191, 3 (MvT), p. 3.

²⁸⁴ zorginzicht.nl, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

²⁸⁵ Vgl. Legemaate 2016, p. 54.

²⁸⁶ Legemaate 2016, p. 54.

²⁸⁷ Vgl. Wijne 2017 (b), p. 54.

²⁸⁸ Leenen e.a. 2017, p. 65 en 106.

²⁸⁹ Leenen e.a. 2017, p. 65 en 106.

²⁹⁰ Legemaate 1994.

²⁹¹ Legemaate 1994, hoofdstuk 3, zie hierover tevens Kastelein 2003 (a), p. 86.

4.5 Bronnen voor de invulling van een civielrechtelijke zorgplicht

In deze paragraaf zal op drie bronnen worden ingegaan die conform de gezondheidsrechtelijke literatuur invulling kunnen geven aan de professionele standaard en de norm van 'goed hulpverlener' nader omschrijven. Ik zal voor deze bronnen nagaan hoe en welke invulling zij geven aan de civielrechtelijke zorgplicht van hulpverleners. De bronnen die ik bespreek, zijn wetgeving, zelfregulering en rechtspraak. In hoofdstuk 5 zal ik voor deze bronnen een aantal concrete uitwerkingen bespreken die zien op afstemming en samenwerking in de zorg.

4.5.1 Wetgeving

Naast de algemeen geformuleerde zorgplicht neergelegd in art 7:453 BW is in afdeling 7.7.5 BW een aantal plichten voor hulpverleners opgenomen. Deze plichten worden ook wel beschreven als patiëntenrechten.²⁹² Een voorbeeld hiervan is het recht op informatie en toestemming, neergelegd in de artt. 7:448 en 7:450 BW. Deze bepalingen in samenhang vormen het zogenaamde *informed consent*-vereiste dat erop neerkomt dat de hulpverlener geen medische handelingen ten aanzien van een bepaalde patiënt mag verrichten zonder diens toestemming. Het informed consent-vereiste is een uitwerking van het zelfbeschikkingsrecht dat moet worden gezien als een van de belangrijkste beginselen van gezondheidsrecht. Andere belangrijke beginselen die ten grondslag liggen aan het gezondheidsrecht zijn het beschermingsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel.²⁹³ Ook in de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (art. 6 WMO) is een informed consent bepaling opgenomen. Het informed consent-vereiste is verder uitgewerkt in jurisprudentie.²⁹⁴ Andere voorbeelden van patiëntenrechten uit afdeling 7.7.5 BW zijn de dossierplicht van art. 7:454 BW en het beroepsgeheim / het recht op privacy neergelegd in de artt. 7:457 e.v. BW.

Niet alleen afdeling 7.7.5 BW is van belang bij de invulling van de zorgplicht die op de hulpverlener rust. Het civiele medische aansprakelijkheidsrecht en afdeling 7.7.5 BW maken immers deel uit van een breder rechtsgebied: het gezondheidsrecht.²⁹⁵ Het gezondheidsrecht

²⁹² Zie over patiëntenrechten onder meer: Leenen e.a. 2017, hoofdstuk 2, Legemaate 2006, Van Wijmen 2006, Gevers 2009, Van den Berg e.a. 2007.

²⁹³ Voor een uitwerking van genoemde beginselen verwijs ik naar Leenen e.a. 2017, p. 55 e.v. en Hendriks 2005.

²⁹⁴ Zie bijvoorbeeld in de lagere rechtspraak Hof Arnhem 27 juli 1999, ECLI:NL:GHARN:1999:AD3076, *NJ* 2000/96 en met betrekking tot de bewijslastverdeling in informed consent-zaken HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, *NJ* 2002/386 (Ingenhut) en HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, *NJ* 2002/ 387 (Niazmadian/Plasmans). Voor de invulling die moet worden gegeven aan het informed consent-vereiste zijn met name tuchtrechtelijke uitspraken van belang. Voorbeelden hiervan zijn: RTG 's-Gravenhage 31 maart 1999, *TvGr* 2000/31 en CTG 3 februari 1994 *Medisch Contact*, 9 september 1994/36, p. 1125-1127 (Arts hoeft patiënt niet over weinig voorkomende complicatie te informeren).

²⁹⁵ Het gezondheidsrecht heeft zich ontwikkeld vanaf begin jaren vijftig van de vorige eeuw en is daarmee een relatief jong rechtsgebied. Het gezondheidsrecht is een horizontaal specialisme waar onder meer het civiel recht, strafrecht, bestuursrecht en internationaal recht deel van uitmaken. Het rechtsgebied kent beginselen zoals het beschermingsbeginsel, het beginsel van zelfbeschikking en het gelijkheidsbeginsel. Beoefening van het gezondheidsrecht vereist bovendien een gedegen kennis van de gezondheidszorg. Zie voor de ontwikkeling van het gezondheidsrecht als zelfstandig rechtsgebied Leenen 2000, hoofdstuk V.

krijgt vorm in een groot aantal (publiekrechtelijke) wetten.²⁹⁶ Vaak heeft deze wetgeving direct of indirect betrekking op de positie van de patiënt en diens relatie met de hulpverlener. Een voorbeeld hiervan is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), waarin onder meer is geregeld welke beroepsbeoefenaren welke voorbehouden handelingen (dit zijn bepaalde risicovolle geneeskundige handelingen) zelfstandig mogen verrichten en het wettelijk medisch tuchtrecht is geregeld.²⁹⁷ Andere voorbeelden zijn de Geneesmiddelenwet (Gmw), waarin regels zijn geformuleerd met betrekking tot de productie van en handel in geneesmiddelen²⁹⁸ en de Wet op de medische hulpmiddelen (WMH), die de patiënt dient te beschermen tegen onveilige medische hulpmiddelen²⁹⁹. Daarnaast kan worden gedacht aan wetgeving die de positie regelt van bepaalde groepen patiënten, zoals de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).³⁰⁰ De norm van 'goed hulpverlener' wordt ook ingevuld door wetgeving die niet alleen bepalend is voor de rechtspositie van de patiënt, maar een ruimer toepassingsbereik heeft. Hierbij kan gedacht worden aan de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en het Wetboek van Strafrecht (WvSr).

Van groot belang voor de positie van de patiënt is ook de recent ingevoerde Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz). De Wkkgz, van kracht sinds januari 2016, is een afsplitsing van het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (wetsvoorstel Wcz) en kent daarmee een lang en ingewikkeld wetgevingstraject. Met het wetsvoorstel Wcz werd geambieerd de positie van de patiënt in één wet te regelen. Dit was een reactie op de kritiek in de literatuur en van verschillende zorg- en patiëntenbelangenorganisaties dat patiëntenrechten te versnipperd in verschillende wetgeving waren geregeld zonder dat hier een blauwdruk voor was, waardoor patiëntenrechten onvoldoende toegankelijk waren.³⁰¹ Met het wetsvoorstel Wcz werd beoogd de positie van de cliënt in de zorg te versterken door te voorzien in effectieve middelen voor handhaving van zijn rechten en de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit

²⁹⁶ Niet alleen op nationaal niveau is er regelgeving die van invloed is op de rechtspositie van de patiënt. Op internationaal niveau bestaan verschillende verdragen die de rechtspositie van de patiënt mede vormgeven, denk aan: Het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM; 1950), de Universele verklaring van de rechten van de mens (UVRM; 1948), het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (IVBPR; 1966) en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK; 1989), zie hierover bijvoorbeeld Leenen e.a. 2017, p. 37 e.v. en Wijne 2017 (a), p. 297 e.v.. Bovengenoemde verdragen gaan niet specifiek in op de positie van de patiënt en afstemming en samenwerking in de zorg en zullen daarom niet verder worden meegenomen in dit onderzoek. Naast genoemde verdragen worden rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg neergelegd in Richtlijn 2011/24/EU, Wijne 2017 (a), p. 298 e.v. en Wijne 2017 (b), p. 56. Omdat de onderzochte netwerken vooral binnen een bepaalde regio zorg verlenen en dus geen landsgrenzen overschrijden, zal deze richtlijn niet verder worden meegenomen in dit onderzoek.

²⁹⁷ Zie over de wet BIG Leenen e.a. 2017, p. 455 e.v.

²⁹⁸ Zie over de Gmw Leenen e.a. 2017, p. 497 e.v.

²⁹⁹ Zie over de WMH 2017 Leenen e.a. 2017, p. 508 e.v.

³⁰⁰ Ter vervanging van de BOPZ zijn twee wetsvoorstellen aanhangig: de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg voor psychiatrische patiënten en de Wet zorg en dwang voor mensen met een verstandelijke handicap of dementie.

³⁰¹ NPCF 2007, p. 5, Legemaate 2006, p. 20, Sluijters 2006, p. 133, Van Wijmen 2006, p. 45, Van den Berg 2007, p. 1622.

van zorg duidelijker neer te leggen dan in de reeds bestaande wetgeving het geval is.³⁰² De gekozen opzet van het wetsvoorstel riep veel vragen en weerstand op. In haar brief van 19 maart 2013³⁰³ liet de minister van VWS uiteindelijk weten dat het wetsvoorstel niet in de huidige opzet zou worden voortgezet en in delen zou worden opgeknipt. Omdat de minister en staatssecretaris het van groot belang vonden om met voorrang de aanpassingen rond klachten, geschillen en kwaliteit te realiseren, gaven zij aan de overige onderwerpen uit het wetsvoorstel te verwijderen en deze in afzonderlijke voorstellen op te nemen. De Wkkgz voorziet in een klachten- en geschillenregeling en geeft daarnaast een aantal materiële normen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg.³⁰⁴ Zo schrijft de Wkkgz voor dat de zorgaanbieder ‘goede zorg’ (art. 2 Wkkgz) dient te verlenen. Onder goede zorg wordt krachtens art. 2 lid 2 Wkkgz verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit houdt in dat de zorg in ieder geval (sub a) veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, (sub b) zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard en (sub c) de rechten van de cliënt in acht worden genomen.

In hoofdstuk 2, art. 3 tot en met art. 12 Wkkgz wordt een verdere uitwerking gegeven van wat dient te worden verstaan onder ‘goede zorg’. Ondanks dat niet expliciet wordt aangegeven dat de normen in de Wkkgz invulling geven aan de norm van ‘goed hulpverlener’ van art. 7:453 BW en daarmee een materiële norm voor civiele aansprakelijkheid vormen, kunnen hiervoor in de parlementaire stukken verschillende aanknopingspunten worden gevonden. Zo wordt in de doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz³⁰⁵ de materiële norm die in de Wkkgz wordt gehanteerd, ‘goede zorg’, vergeleken met het begrip ‘verantwoorde zorg’ uit art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen en art. 40 Wet BIG én de norm van ‘goed hulpverlener’ neergelegd in art. 7:453 BW. De verschillende normen hebben gemeen dat zij dienen te worden ingevuld door de professionele standaard. Vervolgens wordt het volgende opgemerkt: *“Wij stellen voor om in artikel 2, tweede lid, de kwaliteitsnorm van de WGBO van “goed hulpverlener” te gebruiken, vertaald in de norm van “goede zorg”.*”³⁰⁶ Hierbij wordt aangegeven dat ook de norm die de Wkkgz hanteert er vanuit gaat dat zorg moet worden verleend zoals een redelijk bekwaam hulpverlener dat doet. Dit betekent mijns inziens dat beide normen materieel vergelijkbaar zijn. Verder wordt aangegeven dat de norm ‘goede zorg’ wel verder is uitgewerkt dan de norm van ‘goed hulpverlener’.³⁰⁷ Dit brengt met zich mee dat de Wkkgz ook daadwerkelijk een verdere invulling geeft aan art. 7:453 BW.

³⁰² Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 2 en 3.

³⁰³ Kamerstukken I 2012/13, 32402, A, p. 1.

³⁰⁴ De Wkkgz vervangt hiermee de klachtenregeling uit de Wklcz (Wet klachtrecht cliënten zorgsector) en Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) en past daarnaast ook enkele onderdelen in de Wet BIG aan.

³⁰⁵ Kamerstukken I 2012/13 32402, F.

³⁰⁶ Kamerstukken I 2012/13 32402, F, p. 22.

³⁰⁷ Kamerstukken I 2012/13 32402, F, p. 22.

Een ander aanknopingspunt kan worden gevonden in de toelichting op art. 24 Wkkgz, dat deel uitmaakt van Hoofdstuk 4 over toezicht en handhaving. Hierin wordt vermeld dat voor de cliënt - met betrekking tot de handhaving van zijn rechten - de interne klachtenafhandeling, maar ook de weg naar de geschilleninstantie en eventueel de burgerlijke rechter open staat.³⁰⁸ Ik ga er vanuit dat met rechten, hier (ook) de rechten worden bedoeld, die de patiënt toekomen op basis van de Wkkgz.

Ook uit het wetgevingstraject dat uiteindelijk heeft geleid tot de Wkkgz volgt dat een verdere invulling van art. 7:453 BW werd beoogd. Uit het wetsvoorstel Wcz volgde in eerste instantie dat de in afdeling 7.7.5 BW neergelegde patiëntenrechten inclusief de norm van 'goed hulpverlener' zouden verdwijnen. In art. 84 van het wetsvoorstel Wcz - zoals werd voorgelegd aan de Tweede Kamer - was neergelegd dat de artt. 7:448 tot en met 7:459 en 7:462 tot en met 7:466 BW met de invoering van het wetsvoorstel zouden komen te vervallen. Voor de minister was de ongerustheid hierover geuit door veldpartijen en gezondheidsrechtjuristen reden het schrappen van deze bepalingen uit afdeling 7.7.5 BW ongedaan te maken.³⁰⁹ In een nieuw art. 84 van het wetsvoorstel Wcz en toevoeging van een vijfde lid aan art. 7:446 BW zou moeten worden bepaald dat afdeling 7.7.5 BW en het wetsvoorstel Wcz naast elkaar van toepassing zouden zijn op de geneeskundige behandeling, behoudens voor zover deze bepalingen niet goed verenigbaar zouden zijn of de strekking ervan in verband met de aard van de rechtsbetrekking zich tegen toepassing zou hebben verzet.³¹⁰ De idee was dus (en dit is met de invoering van de Wkkgz niet veranderd) dat afdeling 7.7.5 BW in zijn huidige vorm in stand zou blijven. Zowel de bepalingen met betrekking tot de geneeskundige behandelingsovereenkomst neergelegd in het BW als uit het wetsvoorstel Wcz zouden bovendien dwingendrechtelijk van aard zijn. Het gevolg hiervan zou zijn dat indien een patiënt een hulpverlener aanspreekt op basis van wanprestatie, ook de voor de cliënt op punten gunstigere rechten van het wetsvoorstel Wcz zouden gelden.³¹¹

Bovengenoemde laat zien dat een groot aantal wettelijke regelingen invulling geeft aan de norm van 'goed hulpverlener'. Mijns inziens is hierbij wel van belang in hoeverre een wettelijke bepaling concreet invulling geeft aan de zorgplicht. Slechts indien zij daadwerkelijk richting geeft aan het handelen van de hulpverlener kan zij consequenties hebben voor de toepassing van het civiele aansprakelijkheidsrecht.

³⁰⁸ *Kamerstukken I* 2012/13 32402, F, p. 58.

³⁰⁹ *Kamerstukken II* 2010/11, 30402, 7 (NV II), p. 30.

³¹⁰ *Kamerstukken II* 2010/11, 30402, 7 (NV II), p. 24 en 59.

³¹¹ *Kamerstukken II* 2010/11, 30402, 7 (NV II), p. 59.

4.5.2 Zelfregulering: richtlijnen, standaarden en protocollen

Zoals in paragraaf 4.4 beschreven, krijgt de professionele standaard ook invulling door regels die door de beroepsgroep zelf tot stand zijn gebracht. (Ook wel aangeduid als de medisch-professionele standaard of recht van binnen, zie paragraaf 4.4) Men zou daarom ook kunnen spreken van zelfregulering, private regelgeving, alternatieve regulering, alternatieve regelgeving of 'soft law'.³¹² Zelfregulering is daarmee van groot belang voor de totstandkoming van de professionele standaard en dus medebepalend voor de invulling die dient te worden gegeven aan de norm van 'goed hulpverlener' neergelegd in art. 7:453 BW. Dit zou opmerkelijk kunnen worden gevonden aangezien zelfregulering niet behoort tot het traditionele rechtsvormende kader. De algemeen heersende opvatting in Nederland en andere 'civil law' landen is immers dat rechtsvorming geschiedt door middel van wetgeving en rechtspraak. De rol van de wetgever hierbij is het stellen van algemene regels. Het is vervolgens de taak van de rechter deze regels in het concrete geval in te vullen en tot leven te brengen.³¹³ Vranken geeft aan dat het schema wetgeving-rechtspraak exclusieve trekken vertoont. Wetgeving en rechtspraak zijn de enige rechtsvormers. Wat de wetgever open laat, dient te worden ingevuld door de rechter. "Pas als de rechter heeft gesproken en daarbij helder is geweest, vindt men dat men weet hoe het is."³¹⁴ Door verschillende auteurs, ook door Vranken, worden de beperkingen van het schema wetgeving-rechtspraak als enige rechtsvormers en de rol van private regelgeving besproken.³¹⁵ Zo is wetgeving per definitie in veel gevallen abstract geformuleerd en bestaat zij uit open normen. De onduidelijkheid over de concrete toepassing van het recht en de leemten die hierdoor ontstaan, worden niet voor alle gevallen ingevuld door rechtspraak.³¹⁶ Wetgeving komt bovendien traag tot stand, is weinig flexibel en doet in veel gevallen ook niet daadwerkelijk recht aan de complexe praktijk.³¹⁷ In werkelijkheid bestaat er dan ook een grote diversiteit aan rechtsbronnen en rechtsvorming.³¹⁸ Zelfregulering maakt hier deel van uit.

³¹² Zie hierover onder meer Vranken 2005, Witteveen 2007, Giesen 2007, De Wijkerslooth 2007, Van Heesen-Laclé & Meuwese 2007, Giesen 2008, Akkermans 2011 en Menting 2016, zie voor wat oudere literatuur onder meer Polak 1986 en Van Driel 1989, zie over de juridische betekenis, effectiviteit en handhaving van zelfregulering meer specifiek gedragscodes in internationaal, Europees en privaatrechtelijk perspectief Menting & Vranken 2013.

³¹³ Vranken 2005, p. 81, zie tevens Akkermans 2011, p. 510.

³¹⁴ Vranken 2005, p. 82.

³¹⁵ Vranken 2005, p. 82, Giesen 2008, Akkermans 2011.

³¹⁶ Vranken 2005.

³¹⁷ Leenen e.a. 2017, p. 46.

³¹⁸ Akkermans 2011, p. 511, zie tevens Enschedé 1984 over de meervoudigheid van het maatschappelijke normstelsel: "De dagelijkse handelingsorde waarin we allen met elkaar leven is een massaal samenstel van steeds weer veranderende, zich vernieuwende informele normenstelsels; het recht is ontsproten uit die handelingsorde en kiest steeds, welke van die informele normen het als relevant in zijn overwegingen wil betrekken of zelf tot rechtsnormen wil verheffen.", p. 127.

Bij het vormen van nieuwe privaatrechtelijke regelgeving moet de wetgever de mogelijkheid en de wenselijkheid van zelfregulering onderzoeken (Aanwijzing 7 van Aanwijzingen voor de regelgeving³¹⁹).³²⁰ Als de wetgever tot de conclusie komt dat dit het geval is, heeft de wetgever twee mogelijkheden hier vorm aan te geven. Allereerst een expliciete verwijzing naar zelfregulering in de desbetreffende wettelijke regeling zelf. De andere mogelijkheid is dat de wetgever bepaalde vraagstukken, zonder een expliciete verwijzing hiernaar in wetgeving, aan zelfregulering overlaat.³²¹ Het privaatrechtelijke systeem biedt in veel gevallen ruimte voor zelfregulering. Privaatrecht heeft immers doorgaans geen dwingendrechtelijk karakter. Partijen kunnen in veel gevallen in overleg afwijken van de regels.³²² Zelfregulering berust niet altijd op keurig vooraf afgebakende samenwerkingsafspraken met de wetgever. In bepaalde sectoren is men gewoon begonnen omdat men niet langer kon wachten.³²³ Waar partijen zelf tot adequate zelfregulering komen, hoeft de overheid niet meer regelend op te treden. In die gevallen dient de overheid erop toe te zien dat de door zelfregulering tot stand gekomen regels rechtvaardig zijn en rechtszekerheid waarborgen.³²⁴

De betekenis en de mate waarin zelfregulering bindende kracht heeft, is niet eenduidig en laat zich niet makkelijk omschrijven. Giesen laat met behulp van rechtspraakanalyse³²⁵ zien dat door de rechter steeds vaker private regelgeving wordt benut, dat de binding van private regelgeving en handhaving ervan door de civiele rechter groter blijkt dan mogelijk wordt gedacht, maar dat het besef hiervan nog niet volledig is doorgedrongen.³²⁶ Menting onderschrijft dit in haar proefschrift over de functies van Europese en Nederlandse gedragscodes in het privaatrecht uit 2016. Op basis van een analyse van de wijze waarop de Europese en Nederlandse rechter en wetgever omgaan met gedragscodes, concludeert zij dat gedragscodes relevantie hebben als reguleringsinstrument, beleidsinstrument en als argument voor de rechter bij de beoordeling van juridische geschillen.³²⁷ Menting toont aan dat in Nederland de lagere rechter in zijn algemeenheid niet veel moeite heeft met het in civiele zaken toekennen van juridische 'relevantie' aan gedragscodes.³²⁸ Hij neemt gedragscodes veelal mee in zijn beslissing als er overeenstemming is tussen de procespartijen over de toepassing hiervan.³²⁹ Ook de Hoge Raad heeft relevantie toegekend aan gedragscodes. Wel moet de Hoge Raad bij het maken van

³¹⁹ *Stcrt*, 1992, 230.

³²⁰ Menting & Vranken 2013, p. 8 en 11.

³²¹ Menting & Vranken, p. 11.

³²² Zie Giesen 2005, p. 100.

³²³ Akkermans 2011, p. 511.

³²⁴ Leenen e.a. 2017, p. 46.

³²⁵ Giesen baseert zich onder meer op de volgende uitspraken: HR 22 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA2511, *NJ* 2007/520, (ING/Verdonk q.q.), HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA0895, *RvdW* 2007/644 (NAK/X) en HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3529, *NJ* 2007/639 (HBU/Groendijk).

³²⁶ Giesen 2008, p. 792, zie ook Menting 2016, 255.

³²⁷ Menting 2016, p. 265.

³²⁸ Menting 2016, p. 261.

³²⁹ Menting 2016, p. 262.

beslissingen binnen een ander procesrechtelijk kader opereren dan de lagere rechter. Het beperkte concept van ‘recht’ zoals bepaald in artikel 79 RO begrenst de ruimte waarin de Hoge Raad kan manoeuvreren.³³⁰ Volgens Menting neemt dit niet weg dat de Hoge Raad in meer algemene termen uitspraken kan doen over de juridische gebondenheid van gedragscodes en andere zelfreguleringsinstrumenten.³³¹ Volgens Menting kloppen momenteel de gedragscodes stevig op de deur van het Nederlandse privaatrecht.³³²

Dit betekent niet dat zelfregulering gelijk mag worden gesteld aan wetgeving. Zo oordeelt de Hoge Raad in *Pretium Telecom BV tegen TROS* dat: *“(…) naar journalistieke maatstaven, zoals neergelegd in punt 2.1.6 van de Leidraad van de Raad voor de Journalistiek, het gebruik van verborgen opnameapparatuur in beginsel niet toelaatbaar is en dat de journalist hiervan alleen kan afwijken als hem geen andere weg openstaat om een ernstige misstand aan het licht te brengen of een zaak van maatschappelijk belang scherper te belichten, mits de werkwijze geen onevenredige inbreuk maakt op de privacy en de veiligheid van betrokkenen, is in het kader van de genoemde, door de rechter te verrichten afweging geen rechtens aan te leggen criterium maar een omstandigheid die weliswaar in de regel gewicht in de schaal zal leggen maar niet doorslaggevend behoeft te zijn.”*³³³

4.5.2.1 Zelfregulering in het gezondheidsrecht

Opmerkelijk is dat men buiten het gezondheidsrecht veel voorzichtiger lijkt over de betekenis die aan zelfregulering moet worden toegekend dan binnen het gezondheidsrecht. Binnen het gezondheidsrecht lijkt de rol van zelfregulering vanzelfsprekend.³³⁴ Een verklaring hiervoor zou kunnen worden gevonden in de tekst van art. 7:453 BW die immers expliciet een plicht neerlegt bij hulpverleners conform de professionele standaard te handelen. De wetgever geeft hiermee zelfregulering een plek binnen het wettelijk kader.³³⁵

³³⁰ Menting 2016, p. 263.

³³¹ Menting 2016, p. 263.

³³² Menting 2016, p. 263.

³³³ HR 8 april 2011, ECLI:NL:HR:2011:BP6165, *NJ* 2011/449 (*Pretium/TROS*), r.o. 3.3.2.

³³⁴ Niet alleen ter invulling van de norm van ‘goed hulpverlener’ speelt zelfregulering binnen het gezondheidsrecht een belangrijke rol. Het Handboek Gezondheidsrecht vermeldt dat de overheid soms bij wet bepaalde zaken nadrukkelijk ter regulering aan partijen in het veld overlaat, met als stok achter de deur dat de betreffende materie alsnog bij algemene maatregel van bestuur zal worden geregeld als ze er niet uitkomen. (Als voorbeeld wordt genoemd de Wet medische keuringen.) Een andere methode die wordt genoemd, is de (door de wetgever) geleide of geconditioneerde regulering. In deze gevallen bevat de wet een kader of uitgangspunten voor zelfregulering al dan niet met een regeling voor toetsing van zelfregulering aan die uitgangspunten. (Als voorbeeld wordt hierbij de Wet bescherming persoonsgegevens genoemd), Leenen e.a. 2017, p. 46.

³³⁵ Anders De Groot 2006, p. 108, Volgens De Groot volgt de gebondenheid aan standaarden, richtlijnen en protocollen niet uit het begrip ‘professionele standaard’. Dit begrip is volgens hem toegevoegd aan het artikel om buiten twiifel te stellen dat de arts gebonden is aan eigen waarden en normen, die niet per definitie met die van de patiënt overeenkomen. In het oorspronkelijk voorgestelde art. 7:453 BW ontbreekt de ‘professionele standaard’. Wel werd verwezen naar de in de gezondheidszorg gangbare regels en normen. Standaarden, richtlijnen en protocollen moeten daarom worden gezien als hulpmiddel voor de rechter bij zijn oordeel over aansprakelijkheid.

Binnen de gezondheidszorg krijgt zelfregulering vorm in onder meer standaarden, richtlijnen en protocollen.³³⁶ De niveaus waarop deze zelfreguleringsinstrumenten toepassing vinden, zijn verschillend. Zo kunnen zij landelijk of slechts binnen een bepaalde regio gelden, of zelfs enkel van toepassing zijn binnen een bepaalde instelling³³⁷, kunnen zij algemene beginselen inhouden of juist heel concreet formuleren hoe een hulpverlener in een bepaalde situatie te werk moet gaan. Het is echter moeilijk om een strikt onderscheid te hanteren tussen standaarden, richtlijnen en protocollen. In een poging standaarden, richtlijnen en protocollen van elkaar te onderscheiden, zou kunnen worden betoogd dat een richtlijn een samenstelling is van algemeen aanvaarde aanwijzingen voor medisch handelen en daarmee een leidraad vormt voor de dagelijkse praktijk. Standaarden zouden dan meer een vereistenpakket kunnen veronderstellen waardoor voor afwijking minder ruimte is. Een protocol zou men kunnen definiëren als een document dat is afgeleid uit een richtlijn. Protocollen worden vaker lokaal geformuleerd en houden rekening met de mogelijkheden en de beperkingen van de praktijk. Standaarden, richtlijnen en protocollen zijn echter termen die in de praktijk door elkaar worden gebruikt.³³⁸ Pogingen de termen los van elkaar te definiëren, lijken daardoor weinig zinvol. Standaarden, richtlijnen en protocollen hebben gemeen dat zij handelingsinstructies zijn, die aangeven hoe professioneel gedrag in een bepaalde (zorg)situatie het best kan worden ingericht.³³⁹

Van groot belang voor de vraag of standaarden, richtlijnen en protocollen invulling kunnen geven aan de civielrechtelijke zorgplicht voor hulpverleners, zijn de veelbesproken protocollenarresten. In het eerste arrest, HR 2 maart 2001³⁴⁰, heeft een patiënt in het ziekenhuis een arthroscopie aan de linker knie ondergaan, waarbij de chirurg een deel van de meniscus heeft verwijderd. Kort na de operatie wordt bij de patiënt de diagnose trombose in het linkerbeen gesteld en geruime tijd later volgt eenzelfde diagnose voor het rechterbeen. De chirurg wordt verweten dat hij de patiënt niet - zoals het protocol geldend binnen het betreffende ziekenhuis voorschreef - een antistollingsmiddel had toegediend. De Hoge Raad oordeelt dat: *“[van een ziekenhuis en de aan het ziekenhuis verbonden artsen] mag worden verwacht dat zij zich in beginsel houden aan de door henzelf opgestelde voorschriften met betrekking tot verantwoord medisch handelen. Afwijking van de voorschriften is slechts aanvaardbaar indien zulks in het belang van een goede patiëntenzorg wenselijk is. Nu het niet toepassen van het protocol slechts uitsluitend te wijten was aan ‘vergeten’ en dus van*

³³⁶ Zie voor een inventarisatie van zelfreguleringsinstrumenten in het totale maatschappelijke veld bijvoorbeeld Baarsma e.a. 2003.

³³⁷ Het is discutabel of protocollen die slechts gehanteerd worden binnen een bepaalde instelling of regio wel deel uitmaken van de professionele standaard. De professionele standaard veronderstelt immers dat een standaard, richtlijn of protocol door de beroepsgroep als geheel gedragen wordt. Ook indien wordt geoordeeld dat zij niet tot de professionele standaard behoren, kunnen zij invulling geven aan de norm van ‘goed hulpverlener’ neergelegd in art. 7:453 BW.

³³⁸ Deze analyse is ontleend aan Van Wijmen 2000, zie tevens Van Reijssen 1999 p. 5 e.v..

³³⁹ Van Wijmen 2000, p. 6.

³⁴⁰ HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 NJ 2001/649 (Protocol-I).

*beargumenteerde afwijking van voormeld voorschrift geen sprake was, behoefde het Hof niet in te gaan op de stelling van Stichting M. c.s. dat binnen de beroepsgroep als geheel verschil van inzicht bestond omtrent de in het protocol voorgeschreven behandeling.*³⁴¹ Op basis van deze uitspraak kan geconcludeerd worden dat protocollen bepalend kunnen zijn voor de zorgplicht die op hulpverleners rust en daarmee invulling kunnen geven aan materiële normen voor aansprakelijkheid. De uitspraak laat in het midden of het betreffende protocol moet worden gezien als een 'veiligheidsnorm'³⁴². Met enige voorzichtigheid zou men hieruit kunnen opmaken dat ook indien een protocol niet kan worden gezien als een veiligheidsnorm³⁴³ hulpverleners zich in beginsel hieraan dienen te houden, althans dat het al dan niet kunnen kwalificeren als een 'veiligheidsnorm' niet van doorslaggevende betekenis is. Een tweede arrest³⁴⁴ benadrukt vervolgens dat niet in iedere situatie het protocol strikt dient te worden toegepast. In deze uitspraak wordt een patiënte geopereerd ten einde haar te doen bevallen van een kind door een keizersnede. Van haar was bij het verplegend personeel bekend dat zij overgevoelig was voor penicilline. Tijdens de bevalling heeft de behandelend gynaecoloog de opdracht gegeven in overeenstemming met het toen geldende protocol de patiënte het middel Augmentin toe te dienen. Voor dit medicijn geldt echter een contra-indicatie bij overgevoeligheid voor penicilline. De vrouw kreeg een heftige allergische reactie na toediening van het medicijn en is vervolgens in coma geraakt. De Hoge Raad oordeelt in deze uitspraak als volgt: *"Een protocol voor medische behandeling geeft een richtlijn die in beginsel in acht moet worden genomen, maar waarvan soms kan en in bepaalde gevallen ook moet worden afgeweken, waarbij als maatstaf heeft te gelden dat aan de patiënt de zorg behoort te worden verleend die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd. Deze maatstaf brengt enerzijds mee dat een afwijking van het protocol door een arts moet kunnen worden beargumenteerd (vgl. HR 2 maart 2001, nr. C99/089, NJ 2001/649), maar anderzijds dat het volgen van het protocol niet zonder meer betekent dat de arts juist heeft gehandeld.*"³⁴⁵

In aansluiting op voorgaand arrest - waarin van belang wordt geacht dat een arts zelf blijft nadenken en niet klakkeloos het protocol volgt - is het van belang aandacht te schenken aan de medisch-professionele autonomie.³⁴⁶ De medisch-professionele autonomie maakt deel uit van de norm van 'goed hulpverlener' neergelegd in art. 7:453 BW.³⁴⁷ Daarbij bepaalt de professionele standaard de ruimte die de hulpverlener heeft om autonoom te zijn. De standaard is dus van invloed op de medisch-professionele autonomie.³⁴⁸ Op basis van de medisch-

³⁴¹ HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 NJ 2001/649 (Protocol-I), r.o. 3.3.3.

³⁴² Een veiligheidsnorm strekt tot bescherming tegen een specifiek gevaar, zie bijvoorbeeld HR 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1611, NJ 1997/175 (De Heel/Kover), zie tevens Wijne 2017 (a), p. 633.

³⁴³ Zie hierover tevens de noot van Van Wijmen bij het arrest, paragraaf 5.

³⁴⁴ HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006/377 (Protocol-II).

³⁴⁵ HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006/377 (Protocol-II), r.o. 3.4.

³⁴⁶ Zie over de medisch-professionele autonomie Leenen e.a. 2017, p. 74 e.v..

³⁴⁷ Van Reijssen 1999, p. 13 en 22, zie tevens Leenen e.a. 2017, p. 74 e.v. en Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/407.

³⁴⁸ Van Reijssen 1999, p. 22.

professionele autonomie dient de hulpverlener zelf te bepalen wat goede medische zorg is en is hij er zelf voor verantwoordelijk dat hij zich aan zijn beroepsplichten houdt. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de autonomie van de arts is beperkt tot de medisch-inhoudelijke kant. Hij is immers (zoals eerder verwoord in paragraaf 4.5.1) gebonden aan patiëntenrechten en andere maatschappelijke rechten en plichten die in tal van wetten en regelingen zijn opgenomen, zoals afdeling 7.7.5 BW, maar ook bijvoorbeeld de Wet op de orgaandonatie (WOD) en Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).³⁴⁹

Een bijzondere vorm van zelfregulering zijn de regels van de medische beroepsethiek. Zij geven net als andere vormen van zelfregulering invulling aan de professionele standaard.³⁵⁰ Zo kunnen rapporten met betrekking tot bepaalde medisch-ethische dilemma's in concrete situaties zowel de hulpverlener als de rechter aanknopingspunten bieden voor het nemen van besluiten.³⁵¹ Voorbeelden van dergelijke rapporten zijn de 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen' van de KNMG uit 2013 en het 'Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003' met nadere uitleg uit 2012.³⁵²

4.5.2.2 Juridische binding van zelfregulering

In de zorg wordt vaak gebruik gemaakt van standaarden, richtlijnen en protocollen. Primair doel hierbij is het verbeteren van de zorg. Tegelijkertijd wordt hiermee een bijdrage geleverd aan de invulling van de medisch professionele standaard. Dit roept allerlei vragen op ten aanzien van de juridische status en normatieve kracht van deze zelfreguleringsinstrumenten.³⁵³ De protocollenarresten (zie paragraaf 4.5.2.1) vormen deels een antwoord op deze vragen. Zoals gezegd, verschilt de inhoud en de wijze waarop standaarden, richtlijnen en protocollen tot stand komen echter. Het is daarom (nog) niet uitgekristalliseerd in welke gevallen deze zelfreguleringsinstrumenten wel of geen bindende kracht hebben. Wel zijn er door verschillende auteurs criteria geformuleerd die richtinggevend (dienen te) zijn bij het vaststellen of aan zelfregulering juridische consequenties kunnen worden verbonden. Zo geeft Giesen een drietal grondslagen voor juridische binding van zelfregulering.³⁵⁴ De eerste grondslag die hij noemt, is erkenning door de wet van zelfregulering als grondslag voor recht. Hij noemt hierbij het voorbeeld van een wet die een specifieke grondslag geeft voor nadere invulling van een beroepsregel, waarna dergelijke regels vanuit de beroepsgroep zelf (via een overkoepelende

³⁴⁹ Leenen e.a. 2017, p. 74.

³⁵⁰ Zie bijvoorbeeld: Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/407, Legemaate 1996, p. 788.

³⁵¹ Legemaate 1996, p. 788.

³⁵² Andere minder recente voorbeelden ontleend aan Legemaate 1996, p. 788 zijn: de 'standpunten inzake euthanasie' van de KNMG uit 1984 en 1995, de discussienota's inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen (CAL) en het rapport 'Doen en laten' van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (Utrecht, 1992).

³⁵³ Leenen e.a. 2017, p. 65, zie tevens Kastelein 2009, p. 46.

³⁵⁴ Giesen 2007, p. 95 e.v., zie hierover tevens Menting 2016, p. 253.

organisatie) opgesteld, afgekondigd en eventueel later gewijzigd kunnen worden.³⁵⁵ Een tweede grondslag die hij noemt, is het eigen gezag van een groepering. Deze grondslag voert hij terug naar de autonomie en de vrijheid van individuen onderling regels te treffen.³⁵⁶ De laatste grondslag die hij noemt, is de binding via open normen zoals deze in het BW worden gehanteerd.³⁵⁷ De rechter dient invulling te geven aan normen geformuleerd in termen als 'naar redelijkheid en billijkheid', 'de in het verkeer geldende opvattingen' en 'naar hetgeen in het maatschappelijk verkeer betaamt'. Ingevolge art. 3:12 BW dient de rechter hierbij rekening te houden met onder meer de in Nederland levende rechtsovertuigingen. Deze opdracht maakt het volgens Giesen mogelijk dat de rechter alternatieve regelgeving binnenhaalt.³⁵⁸ Ook Kristic e.a. gaan in op de juridische gebondenheid aan zelfregulering. Zij formuleren - gebaseerd op het beginsel van vrijheid, de dienende overheid, democratie en rechtvaardigheid - een aantal criteria die volgens hen bepalend zijn bij de beantwoording van de vraag of private regelgeving bindend kan zijn bij het beslechten van een voorliggend geschil. De criteria die zij bespreken, hebben kort samengevat betrekking op: autonome regelstelling, de rol van de overheid, draagvlak en representativiteit en procedurele rechtvaardigheid.³⁵⁹ Van Wijmen geeft in zijn noot bij HR 2 maart 2001³⁶⁰ aan dat de juridische gelding van een protocol afhangt van de wijze waarop zij is ontwikkeld, vastgesteld en geautoriseerd of gelegitimeerd.³⁶¹ Hij noemt daarbij onder meer het belang van wetenschappelijke onderbouwing, dat een protocol breed gedragen wordt binnen de beroepsgroep en vaststelling en autorisatie van het protocol door een competente persoon of organisatie, zoals de algemene vergadering van een wetenschappelijke vereniging. Giard beschrijft een aantal punten op basis waarvan een kwaliteitsoordeel kan worden gegeven met betrekking tot een bepaalde praktijkrichtlijn voor de gezondheidszorg. Een dergelijk oordeel is volgens hem noodzakelijk indien men praktijkrichtlijnen als juridische toetssteen voor medisch handelen wil hanteren. Punten die hij noemt, zijn: wetenschappelijkheid, gezag van de opstellende partij, bereik van de richtlijn, wijze van totstandkoming, richtsnoer voor zorgvuldig handelen en de actualiteit van de richtlijn.³⁶² Ook Kastelein gaat in op criteria op basis waarvan kan worden beoordeeld in hoeverre een richtlijn juridisch bindend is. Zij wijst erop dat meerdere omstandigheden hierbij een rol kunnen spelen en noemt: de wijze van totstandkoming van de richtlijn, inclusief het gezag van de opstellende instantie, het bereik van de richtlijn, de inhoud van de richtlijn, de wetenschappelijkheid van de richtlijn, de dwingendheid van de formulering,

³⁵⁵ Giesen 2007, p. 95., zie hierover tevens Menting 2016, p. 253.

³⁵⁶ Giesen 2007, p. 97. Hij refereert hierbij onder meer aan de ideeën van Lindahl 2006, zie hierover tevens Menting 2016, p. 253.

³⁵⁷ Giesen 2007, p. 100.

³⁵⁸ Giesen 2007 p. 100. Hierbij merkt Giesen wel op dat dit niet altijd expliciet gebeurt op basis van art. 3:12 BW in verbinde met de toepasselijke open norm. Zie voor een kritische noot bij het preadvies van Giesen het artikel van Hartlief 2007.

³⁵⁹ Kristic 2009.

³⁶⁰ HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, *NJ* 2001/649 (Protocol-I).

³⁶¹ Zie hierover tevens Menting & Vranken 2014, p. 7-59.

³⁶² Giard 2005, p. 157-158.

de uitgebreidheid van de richtlijn, de actualiteit van de richtlijn en de situatie van de individuele patiënt.³⁶³ Van Wijmen e.a. merken op dat nog meer dan de status van de richtlijn en de zorgvuldigheidsprocedure binnen de eigen geledingen de tekst van de richtlijn zelf bepalend is voor de vraag hoe vrijblijvend deze is. Naarmate een richtlijn dwingender is geformuleerd, zal afwijken minder snel gerechtvaardigd zijn. Gesteld wordt dat bij het niet naleven van een richtlijn waarbij de veiligheid in het geding is eerder aansprakelijkheid kan worden aangenomen dan in andere gevallen.³⁶⁴ Met betrekking tot landelijke richtlijnen geven zij aan dat deze veelal niet dwingend zijn gesteld.³⁶⁵

4.5.2.3 Zelfregulering: drie criteria voor juridische gebondenheid

In navolging van de hierboven genoemde auteurs zal ik drie criteria formuleren waar mijns inziens zelfregulering aan dient te voldoen om daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan civielrechtelijke normen voor aansprakelijkheid. In hoofdstuk 5 wordt voor een aantal concrete vormen van zelfregulering met betrekking tot afstemming en samenwerking in de zorg besproken in hoeverre deze criteria hierop van toepassing zijn. Zoals gezegd, zijn de wetgever en rechter de klassieke rechtsvormers. Het eerste criterium sluit bij dit concept aan en is onder meer ontleend aan de eerste en de derde grondslag zoals door Giesen besproken. Richtinggevend bij het vellen van een oordeel over een specifieke uiting van zelfregulering is de wijze waarop zij is ingebed in het huidige privaatrecht. Indien de wetgever heeft voorzien dat zelfregulering van belang is voor de invulling van een open norm en dit blijkt uit de wettekst of de parlementaire stukken, dan kan daarom juridische gebondenheid eerder worden aangenomen dan wanneer dit niet het geval is. Voor wat betreft medische aansprakelijkheidszaken heeft de wetgever een expliciete verwijzing naar zelfregulering opgenomen door in art. 7:453 BW de eis te stellen dat de hulpverlener conform de professionele standaard dient te handelen.³⁶⁶ Zoals reeds in paragraaf 4.5.2.1 is opgemerkt, erkent hij hiermee de rol van de zelfregulering. Ook indien aan een bepaalde standaard, protocol of richtlijn door de rechter juridische consequenties zijn verbonden, is dit richtinggevend voor de toekomst. Aan vergelijkbare standaarden, richtlijnen en protocollen zou dan in vergelijkbare situaties dezelfde consequenties kunnen worden verbonden. De eerder besproken protocollenarresten zijn hier een voorbeeld van.

³⁶³ Kastelein 2009, p. 47.

³⁶⁴ Van Wijmen e.a. 2004, p. 93, vgl. de noot van Van Wijmen bij HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 *NJ* 2001/649 (Protocol-I), paragraaf 5.

³⁶⁵ Van Wijmen e.a. 2004, p. 93.

³⁶⁶ Zie hiervoor ook Akkermans 2011. Akkermans noemt de professionele standaard zoals deze opgenomen is in art. 7:453 BW, als voorbeeld van een open norm die verbindende kracht geeft aan alternatieve regelgeving.

Een tweede criterium is mijns inziens de mate waarin een standaard, richtlijn of protocol *gezaghebbend* is. Naarmate een standaard, richtlijn of protocol meer gezaghebbend is, zal bij het niet naleven hiervan de aansprakelijkheid eerder zijn gegeven. Een standaard richtlijn kan om meerdere redenen gezaghebbend zijn. Door inzichten verkregen uit medisch wetenschappelijk onderzoek is geneeskunde steeds vaker *evidence-based*.³⁶⁷ Standaarden, richtlijnen en protocollen die gebaseerd zijn op de resultaten van (meerdere) wetenschappelijk(e) onderzoek(en) hebben meer gezag dan wanneer dit niet het geval is. Gezag kan ook worden gecreëerd doordat een standaard, richtlijn of protocol is ontwikkeld, dan wel wordt ondersteund door organisaties met gezag. Hierbij kan worden gedacht aan de *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (KNMG), het *Centraal BegeleidingsOrgaan* (CBO) of de *Patiëntenfederatie Nederland*. Ook indien een groot aantal stakeholders de betreffende standaard, richtlijn of protocol ondersteunt, vergroot dit het gezag hiervan. Hierbij kan worden gedacht aan de overheid, maar vooral ook aan betrokken zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, andere belangenorganisaties en zorgverzekeraars. Voldoende draagvlak legitimeert het verbinden van juridische consequenties aan het niet handelen conform een standaard, richtlijn of protocol. Naarmate standaarden, protocollen of richtlijnen een groter draagvlak kennen en dus meer gezaghebbend zijn, zullen zij eerder tot aansprakelijkheid leiden bij het niet naleven hiervan dan wanneer zij slechts door een beperkt aantal stakeholders worden ondersteund.

Een derde criterium is dat de standaard, richtlijn of protocol voldoende dwingend, maar vooral ook voldoende concreet moet zijn. Dit criterium komt in de literatuur minder vaak naar voren dan de andere criteria, maar is mijns inziens zeker relevant. De aard en de inhoud van standaarden, richtlijnen en protocollen kan sterk verschillen. Zo kan slechts een uitgangspunt of een bepaald streven zijn geformuleerd. Partijen hebben slechts de intentie 'het in de toekomst beter te doen'. De standaard, richtlijn of protocol is dan onvoldoende richtinggevend hier juridische consequenties aan te verbinden. Naarmate een standaard, richtlijn of protocol concreter het handelen van betrokkenen voorschrijft, wordt er een duidelijkere invulling gegeven aan een zorgplicht en ligt het verbinden van aansprakelijkheidsconsequenties meer voor de hand.

³⁶⁷ Leenen e.a. 2017, p. 65.

4.5.3 Rechtspraak

In de vorige paragrafen zijn wetgeving en zelfregulering als bronnen voor de invulling van de zorgplicht van zorgaanbieders besproken. In de nu volgende paragraaf zal een derde bron worden besproken. Veelal worden civielrechtelijke normen voor aansprakelijkheid nader ingevuld en uitgekristalliseerd in de rechtspraak. In de civiele rechtspraak zijn echter veel minder uitspraken te vinden die zien op het beroepsmatig medisch handelen dan binnen het wettelijk medisch tuchtrecht.³⁶⁸ In het geval van civiele medische aansprakelijkheid zijn daarom niet alleen uitspraken van de civiele rechter van belang, maar vooral ook uitspraken van de regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg en het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

De basis voor het huidige wettelijke tuchtrecht voor de gezondheidszorg is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De norm voor tuchtrechtelijke verwijtbaarheid is neergelegd in art. 47 lid 1 sub a van de Wet BIG. Deze norm is materieel vergelijkbaar met de norm van ‘goed hulpverlener’, neergelegd in art. 7:453 BW.³⁶⁹ Voor 2002 was het in medische zaken vaste jurisprudentie dat de criteria voor tuchtrechtelijke verwijtbaarheid niet op een lijn konden worden gesteld met die van de civiele rechter.³⁷⁰ Het Telfoutarrest³⁷¹ heeft hier enige nuancering in aangebracht. Deze uitspraak heeft betrekking op het volgende voorval. Een man wordt in het ziekenhuis opgenomen met rugklachten. Door twee aan het ziekenhuis verbonden artsen wordt geconstateerd dat de patiënt aan een hernia op niveau L3-L4 lijdt. De patiënt wordt geopereerd, maar blijft rugklachten houden. Nader medisch onderzoek maakt duidelijk dat de patiënt niet op niveau L3-L4 is behandeld, maar op niveau L2-L3. De patiënt wordt opnieuw geopereerd en is na verloop van tijd klachtvrij. De patiënt dient vervolgens een klacht in bij het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam. Deze klacht wordt bij beslissing van 5 oktober 1998 afgewezen. Volgens het college heeft de neurochirurg immers gehandeld conform de daarvoor in de beroepsgroep ter zaken geldende normen en is niet vast komen te staan dat deze operatie niet *lege artis* zou zijn verricht. De patiënt richt zich vervolgens tot de civiele rechter. Hij baseert zijn vordering op een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en stelt dat de betreffende neurochirurg de operatie niet heeft uitgevoerd met inachtneming van de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts mag worden verwacht. Zowel de rechtbank als het hof stellen de patiënt in het gelijk. De Hoge Raad oordeelt echter: [...] *“dat de rechter, indien hij bij de beoordeling van medisch handelen van een arts komt tot een oordeel dat afwijkt van het oordeel dat de tuchtrechter heeft gegeven naar aanleiding van een klacht met betrekking tot datzelfde medisch handelen, hij zijn oordeel zodanig dient te motiveren dat dit, ook in het licht*

³⁶⁸ Gevers 1998, p. 278.

³⁶⁹ Leenen 2008, p. 421, Wijne 2017 (a), p. 90, Mooibroek 2015, p. 18.

³⁷⁰ Leenen 2008, p. 418, als voorbeeld wordt HR 15 november 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2197, NJ 1997/151 genoemd.

³⁷¹ HR 12 juli 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE1532, NJ 2003/151, (Telfoutarrest) m.nt. F.C.B. van Wijmen, TvGR 2003/16 m.nt. W.R. Kastelein, zie over deze uitspraak onder meer: Leenen 2008, p. 418.

van de beoordeling door de tuchtrechter, voldoende begrijpelijk is. Daarbij valt in het bijzonder te denken aan een motivering met behulp van verklaringen van een of meer, zo nodig door de rechter te benoemen, deskundigen.³⁷² In casu is hier niet aan voldaan. Als de rechter wil afwijken van een tuchtrechtelijk oordeel geldt dus een extra motiveringsplicht.³⁷³ Vermeldingswaardig hierbij is dat de betekenis die het medisch tuchtrecht voor het civiele aansprakelijkheidsrecht lange tijd enigszins uitzonderlijk leek te zijn.³⁷⁴ In andere dan medische zaken oordeelde de Hoge Raad stevast dat het tuchtrecht een ander doel nastreeft dan het civiele recht en uitspraken van de tuchtrechter wel betekenis kunnen hebben in een civielrechtelijke procedure, maar dat de civiele rechter niet gehouden is conform de uitspraak van de tuchtrechter te oordelen over onrechtmatigheid en wanprestatie.³⁷⁵ In een recente uitspraak over de beroepsaansprakelijkheid van een notaris³⁷⁶ oordeelde de Hoge Raad echter in lijn met het Telfoutarrest³⁷⁷. Wel is van belang dat ook in medische zaken een tuchtrechtprocedure niet kan worden gezien als redelijke kosten ter voorkoming of beperking van de schade of vaststelling van civielrechtelijke aansprakelijkheid.³⁷⁸

Uit bovenstaande volgt dat niet alleen uitspraken van de civiele rechter, maar ook tuchtrechtelijke uitspraken invulling kunnen geven aan de norm van 'goed hulpverlener'. Een uitspraak van de civiele rechter dan wel de tuchtrechter kan pas van betekenis zijn voor toekomstige aansprakelijkheidskwesties indien de gevallen voldoende vergelijkbaar zijn. In veel uitspraken zijn de omstandigheden van het geval van doorslaggevende betekenis. Naarmate uitspraken in een concrete zaak gewezen algemenere regels formuleren of naar aanleiding van een aantal uitspraken een algemene lijn kan worden getrokken, hebben de uitspraken mogelijk een groter toepassingsbereik.³⁷⁹

³⁷² HR 12 juli 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE1532, *NJ* 2003/151 (Telfoutarrest), r.o. 3.6.3.

³⁷³ Zie ook Leenen 2017, p. 641 en Wijne 2017(b), p. 68.

³⁷⁴ Zie voor een analyse van hoe feitenrechters omgaan met tuchtrechtelijke uitspraken (het gaat hierbij om de volgende beroepsgroepen: accountants, advocaten, medici en notarissen) in de periode van 2002-2012 Uhlenbroek & Mooibroek 2013.

³⁷⁵ Kastelein 2009, p. 55, zie bijvoorbeeld: HR 15 november 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2197, *NJ* 1997/151, r.o. 3.5, HR 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0690 *NJ* 2003/537, r.o. 3.3, HR 13 oktober 2006, ECLI:NL:HR:2006:AW2080, *NJ* 2008/528 (Vie d'Or), HR 3 april 2015, ECLI:NL:HR:2015:831, *NJ*/479.

³⁷⁶ HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR2017:2452, *RvdW* 2017/1011.

³⁷⁷ HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR2017:2452, *RvdW* 2017/1011 r.o. 3.3.2.

³⁷⁸ HR 3 juni 2005, ECLI:NL:HR:2005:AT4097 *NJ* 2005/324, zie hierover Kastelein 2009, p. 55, noot 44 en Leenen e.a. 2017, p. 641.

³⁷⁹ Zie ook Asser/Scholten (Algemeen deel *) 1974, par. 26, Scholten geeft aan dat juridische beslissingen vragen om generalisering. Indien iets voor A recht is, moet dit ook zo voor B gelden in vergelijkbare verhoudingen. De moeilijkheid hierbij is te onderscheiden wat gelijk en wat ongelijk is. Scholten geeft aan dat het de taak van de jurist is vast te stellen door te ontleden wat in het oordeel veralgemening verdraagt en dus ook in andere gevallen van belang is, en wat zuiver individueel moet worden verstaan.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is het kader beschreven waarbinnen civielrechtelijke plichten voor zorgaanbieders tot stand komen. Civiele medische aansprakelijkheid dient in de meeste gevallen te worden gebaseerd op een tekortkoming in de nakoming van een opeisbare verbintenis (art. 6:74 BW). De tekortkoming krijgt invulling door de norm van 'goed hulpverlener' neergelegd in art 7:453 BW. De professionele standaard is een belangrijk uitgangspunt bij de invulling van de norm van 'goed hulpverlener' en ziet op alle normen, regels, vakliteratuur, ervaringen e.d. waarmee een hulpverlener wordt geacht rekening te houden. In dit hoofdstuk is een nadere uitwerking gegeven aan drie soorten bronnen: wet- en regelgeving, zelfregulering en rechtspraak. Deze bronnen kunnen niet altijd en zonder goede argumentatie onder de noemer van 'goed hulpverlener' worden gebracht. Hiervoor dient mijns inziens aan de volgende vereisten te zijn voldaan: wetgeving dient voldoende concreet te zijn, zelfregulering dient haar grondslag te vinden in concrete wetgeving en/of in rechtelijke uitspraken, dient gezaghebbend te zijn en voldoende concreet te zijn en jurisprudentie dient te zijn gewezen in vergelijkbare gevallen. In het nu volgende hoofdstuk zal worden besproken in hoeverre er wet- en regelgeving, zelfregulering en rechtspraak ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg bestaat en zal worden nagegaan wat de consequenties zijn voor de toepassing van het aansprakelijkheidsrecht in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk.

5 Een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geschetst hoe de civielrechtelijke zorgplicht van hulpverleners/zorgaanbieders is ingebed in het privaatrechtelijke systeem en in het concrete geval invulling krijgt. Hiermee is een eerste stap gezet in de zoektocht naar een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking van zorgaanbieders binnen een netwerk. In dit hoofdstuk wordt deze zoektocht voortgezet door na te gaan of en in hoeverre in wetgeving (paragraaf 5.2 e.v.), door zelfregulering (paragraaf 5.4 e.v.) en in rechtspraak (paragraaf 5.8 e.v.) deze plicht gestalte krijgt. Van belang hierbij is een onderscheid te maken tussen een intramurale afstemmingsplicht (een plicht die ziet op afstemming en samenwerking binnen één zorgaanbieder) en een transmurale afstemmingsplicht (een plicht die ziet op de afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders). De door mij bestudeerde netwerken zijn namelijk alle *interorganizational networks*; netwerken van meerdere zorgaanbieders (zie paragraaf 2.3.1). Enkel een transmurale afstemmingsplicht betekent dus een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders binnen het netwerk. Concreet zullen de volgende bronnen worden nagelopen: de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, een aantal voorbeelden van LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken) en LTA's (Landelijke Transmurale Afspraken) en een aantal tuchtrechtelijke uitspraken met betrekking tot afstemming en samenwerking in de zorg. Voor zover er een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg kan worden aangenomen, zal worden nagelopen op welke partijen - betrokken bij de drie verschijningsvormen van zorgnetwerken zoals besproken in hoofdstuk 3 - deze plicht rust.

5.2 Wkkgz: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

Tot januari 2016 was er geen wettelijke bepaling die zag op afstemming en samenwerking in de zorg. Niet in de vorm van een expliciete plicht voor zorgaanbieders en ook niet in de vorm van een recht voor patiënten, bijvoorbeeld een recht op continue zorg. De Wkkgz heeft hier verandering in gebracht.

In 2008 boden de minister en staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer het programma aan dat ten grondslag ligt aan de Wkkgz: "Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie"³⁸⁰. Met dit programma werd de basis gelegd voor een wettelijke grondslag voor een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg. Het programma formuleert

³⁸⁰ Kamerstukken II 2007/08, 31476, 1.

beleidsvoornemens in de vorm van zeven rechten voor de cliënt in de zorg. Een van deze rechten is het recht op afstemming tussen zorgverleners. In de toelichting op dit recht wordt aangegeven dat met behulp van een recht op afstemming wordt beoogd de plicht neer te leggen bij zorgverleners - die tegelijkertijd of na elkaar zorg aan een cliënt verlenen - de juiste informatie over de cliënt tijdig over te dragen en nazorg te verlenen. Het programma schrijft vervolgens voor dat het duidelijk voor de cliënt moet zijn wie verantwoordelijk is voor de afstemming van de zorg. Indien er geen afspraken zijn gemaakt over wie de regie heeft, moet de patiënt er vanuit gaan dat iedere zorgverlener een plicht heeft tot afstemming van de zorg. Vóór de overdracht ligt volgens het programma de verantwoordelijkheid bij degene die de zorg overdraagt. Pas op het moment dat degene die de zorg overneemt ook daadwerkelijk de cliënt in behandeling heeft, verschuift deze verantwoordelijkheid naar deze persoon of zorgaanbieder. Degene die de zorg voor de cliënt overneemt, dient zich tijdig in het dossier te verdiepen.³⁸¹

Het programma dat in 2008 werd gepresenteerd, heeft eerst geleid tot het wetsvoorstel Wcz³⁸² en uiteindelijk tot de Wkkgz. Zoals gezegd in paragraaf 4.5.1, schrijft de Wkkgz voor dat de zorgaanbieder gehouden is 'goede zorg' te verlenen en wordt hier verder invulling aan gegeven in art. 3 tot en met art. 12 Wkkgz.

5.2.1 Art. 3 Wkkgz: een afstemmingsplicht voor de instelling

Voor dit onderzoek is art. 3 Wkkgz van groot belang. Met dit artikel wordt namelijk een expliciete wettelijke grondslag voor een plicht tot afstemming en samenwerking geïntroduceerd. Art. 3 Wkkgz luidt als volgt:

*“De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij **instelling** is, draagt tevens zorg voor een zodanige **toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten**, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.”*

Anders dan in het programma - waarin het recht op afstemming deel uitmaakt van zeven *rechten* voor de cliënt in de zorg - wordt in de Wkkgz afstemming omschreven als een *plicht*. Deze plicht ziet op de toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten en ziet dus op de organisatie van afstemming en samenwerking.

³⁸¹ Kamerstukken II 2007/08, 31476, 1, p. 27.

³⁸² Kamerstukken II 2009/10, 31402, 2.

In de doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz wordt aangegeven dat het bieden van goede zorg een resultaatsverplichting is. Dit betekent dat er goede zorg moet worden verleend, dat wil zeggen dat de zorgaanbieder zich naar zijn beste vermogen en conform de algemeen aanvaarde norm moet inzetten, maar niet dat het behandelingsresultaat altijd succesvol moet zijn.³⁸³ Goede zorg betekent dus ook het daadwerkelijk organiseren van afstemming en samenwerking van zorg, enkel inspanningen hiertoe doen is mijns inziens dan ook onvoldoende.

Vervolgens valt op dat de afstemmingsplicht in de Wkkgz expliciet wordt neergelegd bij de instelling. Een instelling wordt in art. 1 lid 1 gedachtestreepje 11 Wkkgz gedefinieerd als:

“een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen”.

Indien er sprake is van een instelling wordt er binnen een organisatorisch verband door meerdere personen zorg verleend. Dit verband wordt in stand gehouden door de zorgaanbieder, die de zorg doet verlenen.³⁸⁴ Voorbeelden van instellingen zijn: een ondernemer die een kliniek exploiteert en het werk laat doen door meerdere specialisten die als zelfstandigen voor hem de zorg verlenen met eventueel een specialistenmaatschap die voor hem de zorg verleent; het samenwerkingsverband van enkele zelfstandig werkende fysiotherapeuten; en de maatschap van een aantal specialisten dat gezamenlijk een kliniek exploiteert.³⁸⁵

De Wkkgz maakt een onderscheid tussen de instelling en een solistisch werkende zorgaanbieder. Art. 1 lid 1 gedachtestreepje 21 Wkkgz definieert de *zorgaanbieder* namelijk als:

“een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener”.

Een zorgverlener wordt in art. 1 lid 1 gedachtestreepje 22 Wkkgz gedefinieerd als:

“een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent”.

³⁸³ Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p. 22.

³⁸⁴ Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 13.

³⁸⁵ Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 13.

Een solistisch werkende zorgverlener wordt in art. 1 lid 1 gedachtestreepje 18 Wkkgz omschreven als:

*“een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent”.*³⁸⁶

Een voorbeeld van een solistisch werkende zorgverlener is de zelfstandige zonder personeel.³⁸⁷ Denk hierbij aan een diëtist of een fysiotherapeut die alleen een zelfstandige praktijk voert. Alleen solistisch werkende zorgverleners zijn zelf zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz. Zorgverleners die in opdracht van een instelling (in dienstverband of op een andere juridische grondslag) werken, zijn zelf geen zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz.³⁸⁸

Aangezien de Wkkgz expliciet een onderscheid maakt tussen de instelling en een solistisch werkende zorgaanbieder, betekent dit dat de afstemmingsplicht niet rust op de solistisch werkende zorgverlener. Dit betekent dat bijvoorbeeld een zelfstandig fysiotherapeut zonder personeel geen afstemmingsplicht heeft direct gebaseerd op de Wkkgz.

5.2.2 Complicaties: een grijs gebied

Ondanks de uitleg die de minister geeft aan de verschillende begrippen onderkent ze dat de door haar gegeven definitie van het begrip ‘zorgaanbieder’ geen volledige helderheid geeft. Ze spreekt zelf van een ‘grijs gebied’ en geeft aan dat er diensten of dienstverleners bestaan waarvan niet op voorhand duidelijk is of ze onder de Wkkgz vallen.³⁸⁹ De doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz wijdt een nadere beschouwing aan het begrip zorgaanbieder die duidelijkheid dient te verschaffen. Voor zover van belang zal een aantal punten uit deze beschouwing hier worden weergegeven en van commentaar worden voorzien.

Er wordt expliciet ingegaan op de kwalificatie van de zorggroep. Gesteld wordt dat de zorggroep geen zorgaanbieder is, indien zij slechts als administratieve ondersteuner opereert. Zorggroepen die een contract afsluiten met de verzekeraar voor de levering van de zorg in natura (hoofdaannemer) dienen wel te worden gezien als zorgaanbieder. Argument hiervoor is dat een dergelijke zorggroep er niet aan ontkomt met beroepsbeoefenaars (onderaannemers) afspraken te maken over de inhoud van de zorg.³⁹⁰ Voor zover de zorggroep zorgaanbieder is, is zij tevens

³⁸⁶ Het begrip zorgaanbieder uit de Wkkgz is dus vergelijkbaar met het begrip zorgaanbieder zoals in dit onderzoek wordt gehanteerd en lijkt erg op het begrip hulpverlener uit de WGBO.

³⁸⁷ *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 12.*

³⁸⁸ *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 12.*

³⁸⁹ *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 15.*

³⁹⁰ *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p 16.*

instelling. Dit is het gevolg van het feit dat een zorggroep nooit een solistisch werkende zorgverlener kan zijn.

Het is opmerkelijk dat geen vergelijkbare redenering wordt gevolgd indien het om de zorgverzekeraar gaat. De zorgverzekeraar maakt immers op haar beurt afspraken over de inhoud van de zorg met de zorggroep. Dit betekent echter niet dat de zorgverzekeraar daarom dient te worden beschouwd als zorgaanbieder. De zorgverzekeraar wordt immers slechts gezien als zorgaanbieder voor zover de werkzaamheden het (doen) verlenen van zorg inhouden.³⁹¹ De minister is op dit punt dus niet geheel consequent.

Naast de vraag of een zorggroep kan worden gezien als een zorgaanbieder wordt ook ingegaan op de vraag hoe gezondheidscentra, huisartsenposten of bemiddelingsbureaus dienen te worden gekwalificeerd. Aangegeven wordt dat voor deze entiteiten een vergelijkbare redenering opgaat als voor de zorggroep. Zo wordt gesteld dat indien meerdere beroepsbeoefenaren in een gezondheidscentrum of huisartsenpost samenwerken, een eigen praktijkruimte hebben en geen onderlinge afspraken hoeven te maken over de gemeenschappelijke ruimte voor zorg, ieder van hen zorgaanbieder is. Er is in dit geval bovendien geen sprake van een organisatorisch verband, ook niet als zij een gemeenschappelijke administratie voeren. Zodra er echter een noodzaak is onderling afspraken te maken over de zorgverlening - bijvoorbeeld over de vraag wie welk dagdeel voor zijn rekening neemt of over het gebruik van een gemeenschappelijke onderzoeksruimte - is er sprake van een organisatorisch verband waarop de Wkkgz van toepassing is.³⁹² Mijns inziens is dit moeilijk te volgen. Het gebruikmaken van een gemeenschappelijke onderzoeksruimte is mijns inziens van een heel andere aard dan het werk opdelen in dagdelen. Dit laatste impliceert een gemeenschappelijke taak waar dit in het eerste geval helemaal niet zo hoeft te zijn. Ook leidt het begrip noodzaak hier tot enige verwarring. Is het altijd duidelijk wanneer het noodzakelijk is afspraken te maken? Deze vraag zou niet hoeven te worden beantwoord indien er consequenties zouden worden verbonden aan hoe beroepsbeoefenaren de zorg en de samenwerking daadwerkelijk hebben vormgegeven. Men hoeft dan geen normatief oordeel te vellen over het al of niet bestaan van een noodzaak bepaalde zaken wel of niet op een bepaalde manier te organiseren.

De doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz gaat specifiek in op huisartsenlaboratoria. Gesteld wordt dat de verwijzer hier de verantwoordelijke zorgaanbieder blijft. Het onderzoek van bijvoorbeeld bloed wordt gezien als onderdeel van diens zorg. Ook wordt ingegaan op verschillende organisaties die in Nederland bevolkingsonderzoek

³⁹¹ *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p. 16.*

³⁹² *Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p. 16.*

of preventieve geneeskunde coördineren. Aangezien de werkzaamheden van deze organisaties er doorgaans alleen uit bestaan personen van een bepaalde doelgroep in contact te brengen met de desbetreffende beroepsbeoefenaren - in veel gevallen is dit de huisarts - kunnen zij niet worden gekwalificeerd als zorgaanbieder. De beroepsbeoefenaren leveren de eigenlijke zorg en zijn dus zorgaanbieder. Het wordt anders wanneer deze organisaties zelf personen die zorg verlenen in dienst hebben of inhuren.³⁹³ Ook hiermee lijkt weer de eis te worden gesteld dat de organisatie zelf zorg verleent. Het coördineren van zorg wordt in dit geval onvoldoende bevonden.

5.2.3 De afstemmingsplicht Wkkgz: intramuraal / transmuraal

In de doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz is bepaald dat bij het goed organiseren van de zorg in instellingsverband de zorgaanbieder ook aandacht behoort te besteden aan de onderlinge afstemming tussen de verschillende beroepsbeoefenaren.³⁹⁴ Hierbij wordt echter niet ingegaan op de vraag of de afstemmingsplicht ook ziet op de relatie tussen zorgaanbieders; dus op transmurale zorg. Deze vraag werd wel beantwoord in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Wcz. Daarin werd expliciet gesteld dat afstemming zowel binnen de organisatie als tussen zorgaanbieders een van de verbeteringen zou zijn waartoe het wetsvoorstel voor de cliënt zou moeten leiden.³⁹⁵ Art. 7 van het wetsvoorstel Wcz werd in de memorie van toelichting uitgelegd als een verplichting voor de zorgaanbieder te zorgen voor afstemming van zorg binnen de instelling, maar ook over de grenzen van de instelling heen.³⁹⁶ In de toelichting op de Wkkgz is niet aangegeven of deze uitleg ook aan art. 3 Wkkgz moet worden gegeven. Mijns inziens kan hier niet zonder meer vanuit worden gegaan. Zeker als je de letterlijke tekst van art. 3 Wkkgz volgt, kom je tot een andere conclusie. De afstemmingsplicht van art. 3 Wkkgz ligt, zoals eerder opgemerkt in paragraaf 5.2.1, bij de instelling en niet bij de zorgverlener, ook niet als deze zorgverlener een solistisch werkende zorgverlener is en dus zelfstandig zorg verleent. Dit betekent dat bijvoorbeeld een zelfstandig fysiotherapeut zonder personeel geen afstemmingsplicht heeft. Dit is begrijpelijk als het gaat over de interne afstemming in een organisatie. Indien een zorgverlener alleen werkt, is er geen organisatie waar meerdere personen werkzaam zijn die hun handelen op elkaar kunnen afstemmen. Aangezien de afstemmingsplicht uit de Wkkgz alleen geldt voor instellingen zou dit kunnen betekenen dat hiermee vooral een interne afstemmingsplicht wordt beoogd. Dit zou meebrengen dat de afstemmingsplicht die op de actoren/zorgaanbieders binnen de verschillende netwerken rust in beginsel ziet op de afstemming en samenwerking in de eigen organisatie (een intramurale afstemmingsplicht) en niet op de samenwerking met de andere actoren in het netwerk (een transmurale afstemmingsplicht).

³⁹³ *Kamerstukken I* 2013/14, 32402, F, p. 17.

³⁹⁴ *Kamerstukken I* 2013/14, 32402, F, p. 24.

³⁹⁵ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 39.

³⁹⁶ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 42.

Het is mijns inziens echter onduidelijk of de wetgever de afstemmingsplicht ook daadwerkelijk heeft willen beperken tot een intramurale afstemmingsplicht.³⁹⁷ De wetsgeschiedenis laat immers zien dat in de aanloop naar de Wkkgz wel is gedacht aan een afstemmingsplicht die verder gaat dan de eigen organisatie en die ook ziet op de afstemming en samenwerking met andere organisaties. Des opmerkelijker is het dat er uiteindelijk voor is gekozen de afstemmingsplicht in art. 3 Wkkgz neer te leggen bij de instelling en niet bij de zorgaanbieder. Mijns inziens is het daarom ook niet onmogelijk dat de intramurale afstemmingsplicht uit art. 3 Wkkgz een zekere reflexwerking heeft via de open norm neergelegd in art. 7:453 BW en daarmee ook betekenis heeft als het gaat over afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders.³⁹⁸

5.2.4 De Wkkgz en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk

Om een zo helder mogelijk beeld te schetsen van het toepassingsbereik van de afstemmingsplicht zoals neergelegd in de Wkkgz, zal in de nu volgende paragrafen worden aangegeven of en op welke zorgaanbieders binnen de drie besproken verschijningsvormen van de zorgnetwerken de afstemmingsplicht van art. 3 Wkkgz rust.

5.2.4.1 Een afstemmingsplicht Wkkgz en het zorggroepnetwerk

Binnen een *zorggroepnetwerk* participeren zorgaanbieders met verschillende disciplines. De Wkkgz kwalificeert de zorggroep als zorgaanbieder en omdat de zorggroep in ieder geval geen solistisch werkende zorgverlener is, dient zij tevens te worden gekwalificeerd als instelling (zie paragraaf 5.2.2). Dit betekent dat de afstemmingsplicht uit de Wkkgz bij de zorggroep ligt. Dit lijkt niet te stroken met het gegeven dat de afstemmingsplicht in beginsel een intramurale plicht is. De zorg wordt immers in meerdere gevallen niet (alleen) door de zorggroep verleend. De daadwerkelijke zorg wordt verleend door de zorgaanbieders uit het *zorggroepnetwerk*. Op de zorggroep rust mijns inziens daarom een “transmurale” afstemmingsplicht. Transmurale zorg dient mijns inziens hier tussen aanhalingstekens te worden geplaatst omdat de afstemmingsplicht die op de zorggroep rust betrekking heeft op de afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders in het netwerk en de zorggroep het netwerk coördineert. De zorgplicht van de zorggroep ziet dus niet op afstemming en samenwerking van de zorggroep met andere zorgaanbieders. Op de zorgaanbieders van een *zorggroepnetwerk* rust op grond van de Wkkgz in beginsel slechts (voor zover zij instelling zijn en geen solistisch

³⁹⁷ Vgl. De Lint 2017, p. 15. Zij stelt vast dat de verantwoordelijkheid voor het organiseren van samenhang en afstemming in de Wkkgz is beperkt tot de activiteiten die door of vanuit de instelling worden geleverd. Vervolgens geeft zij aan dat dit er in de praktijk toe leidt dat niemand verantwoordelijk kan worden gehouden voor het totale proces van zorg en hulp aan een bepaalde patiënt.

³⁹⁸ Een voorbeeld van reflexwerking die wordt onderkend in de literatuur is de reflexwerking die wordt toegekend aan art. 6:236 t/m 6:238 BW via de open norm van art. 6:233 BW. De rechter kan bij een beroep door een niet-consument op art. 6:233 sub a BW inspiratie ontleen aan het feit dat een beding voor transacties met consumenten op de zwarte of de grijze lijst is geplaatst, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/ 502, Loos 2014, hoofdstuk 7 en Jongeneel 2017, p. 457-464.

werkende zorgaanbieder) een intramurale afstemmingsplicht; dus een afstemmingsplicht binnen de eigen instelling. Op basis van reflexwerking van art. 3 Wkkgz kan mogelijk een transmurale afstemmingsplicht worden aangenomen (zie paragraaf 5.2.3).

5.2.4.2 Een afstemmingsplicht Wkkgz en het gefaciliteerde netwerk

Net als binnen het *zorggroepnetwerk* verlenen binnen het *gefaciliteerde netwerk* ook meer zorgaanbieders zorg in het kader van een zorgprogramma. De zorgondersteunende organisatie maakt echter geen afspraken met de zorgverzekeraar en is dus op een heel andere manier bij de zorg betrokken dan de zorggroep. De in hoofdstuk 3 besproken zorgondersteunende organisaties verlenen zelf ook geen zorg en dienen slechts te worden gezien als initiatiefnemers, aanjagers, ondersteuners en in sommige gevallen de (onder)verhuurder van de praktijkruimte aan de zorgaanbieders binnen het netwerk. De zorgondersteunende organisaties vervullen slechts een faciliterende rol. Feitelijk wordt de zorg gereguleerd door de zorgaanbieders uit het netwerk. Een zorgondersteunende organisatie zal naar alle waarschijnlijkheid dan ook niet worden gezien als een zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz; de afstemmingsplicht neergelegd in art. 3 Wkkgz rust dan ook niet op de zorgondersteunende organisatie maar op de zorgaanbieders uit het netwerk. Deze plicht heeft in beginsel slechts betrekking op de afstemming en samenwerking binnen de instelling, waardoor de betekenis hiervan voor het netwerk beperkt is. Op basis van reflexwerking van art. 3 Wkkgz kan echter mogelijk ook een plicht tussen de zorgaanbieders worden aangenomen. (zie paragraaf 5.2.3).

5.2.4.3 Een afstemmingsplicht Wkkgz en het acutezorgnetwerk

Belangrijke spelers binnen de acute zorg zijn het traumacentrum, de huisartsen(maatschap), de huisartsenpost en de ambulancedienst. Zij zijn alle zorgaanbieders in de zin van de Wkkgz. Voor zover zij geen solistisch werkende zorgverlener zijn, maar instelling in de zin van de Wkkgz, rust de afstemmingsplicht neergelegd in art. 3 Wkkgz op de zorgaanbieders uit het netwerk. Ook hiervoor geldt dat deze plicht in beginsel slechts betrekking heeft op de afstemming en samenwerking binnen de instelling, waardoor de betekenis hiervan voor het netwerk beperkt is. Ook voor het acutezorgnetwerk geldt dat een transmurale afstemmingsplicht slechts gebaseerd kan worden op een mogelijke reflexwerking van art. 3 Wkkgz (zie paragraaf 5.2.3). De acute zorg kent geen overkoepelende organisatie die de zorg organiseert. Wel heeft het traumacentrum een belangrijke initiërende rol. Bij de regulering van de zorg is het ROAZ van groot belang. Binnen dit overleg dienen de betrokken organisaties afspraken te maken over de te verlenen zorg. Betoogd zou kunnen worden dat de afstemmingsplicht neergelegd in art. 3 Wkkgz daarom op het ROAZ rust. Omdat het ROAZ slechts een samenwerkingsverband is en geen rechtspersoonlijkheid heeft en ook niet kan worden gekwalificeerd als een personenvennootschap, coördineert en verleent het zelf geen zorg. Het zijn de zorgaanbieders uit het ROAZ die de zorg feitelijk verlenen en coördineren.

| Zorggroepnetwerk | Zorggroep | Zorgaanbieders in het netwerk |
|----------------------------------|--|--|
| Afstemmingsplicht Wkkgz | <i>Ja, een plicht tot afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders binnen het netwerk “transmurale” afstemmingsplicht</i> | <i>Ja, een intramurale afstemmingsplicht</i> |
| Gefaciliteerd zorgnetwerk | Zorgondersteunende organisatie | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht Wkkgz | <i>Nee</i> | <i>Ja, een intramurale afstemmingsplicht</i> |
| Acutezorgnetwerk | ROAZ | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht Wkkgz | <i>Nee</i> | <i>Ja, een intramurale afstemmingsplicht</i> |

5.2.5 De afstemmingsplicht Wkkgz: voldoende concreet?

In de memorie van toelichting wordt enige uitleg gegeven over de afstemmingsplicht in de Wkkgz: indien een patiënt te maken heeft met meerdere personen die hem gelijktijdig of achtereenvolgens zorg verlenen, ligt het voor de hand dat de betrokken personen hun werkzaamheden op elkaar afstemmen en daarover afspraken maken. Dit houdt in dat zij aandacht hebben voor de aansluiting van hun eigen werk op dat van hun collega's en dat zij letten op de eventuele risico's die voor de zorgverlening en de samenwerking een bedreiging vormen. Daarbij dienen de beroepsbeoefenaren elkaar te informeren, hun aanpak onderling af te stemmen, waar nodig te overleggen over het verlenen van de zorg en aandacht te geven aan nazorg.³⁹⁹ Concreter wordt het niet. Hierdoor is onduidelijk welke specifieke resultaten of inspanningen van zorgaanbieders worden verwacht. Op welk niveau dient afstemming bijvoorbeeld plaats te vinden; dienen zorgaanbieders slechts op algemeen niveau afspraken te maken over afstemming en samenwerking van zorg of moet men overleg hebben over concrete patiënten? Hoe vaak en op welke momenten dienen zorgaanbieders met elkaar te overleggen? Dient persoonlijk overleg plaats te vinden of kan dit ook schriftelijk, al dan niet via één gezamenlijk elektronisch dossier? Kan men volstaan met het maken van mondelinge afspraken of moeten afspraken op schrift worden gesteld?

Hoewel uiteindelijk in de Wkkgz geen verdere uitwerking wordt gegeven aan de afstemmingsplicht is hier tijdens het wetgevingstraject wel over nagedacht. Bij het opstellen van het wetsvoorstel Wcz is overwogen expliciete bepalingen op te nemen die invulling geven aan een plicht tot afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders.

³⁹⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 39.

Hierbij is gedacht aan:

- De plicht voor de zorgaanbieder na te gaan of de patiënt zorg ontvangt van andere zorgaanbieders en zo nodig af te stemmen met andere zorgaanbieders.
- Het recht van de patiënt op één aanspreekpunt.
- De norm dat de patiënt slechts mag worden doorverwezen naar een andere zorgaanbieder indien hij zich ervan heeft vergewist dat de andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen.⁴⁰⁰

Daarnaast is overwogen een aantal bepalingen op te nemen die zien op de informatieoverdracht tussen zorgaanbieders.⁴⁰¹ Men heeft ervoor gekozen deze bepalingen niet op te nemen omdat het hierbij vooral om administratieve voorwaarden en niet om inhoudelijke normen ten aanzien van afstemming zou gaan. Bovendien werd verwacht dat de kosten voor naleving van deze voorwaarden erg hoog zouden zijn. De afstemmingsplicht zoals deze is neergelegd in het wetsvoorstel Wcz behoefde daarom nadere invulling. De verantwoordelijkheid voor de invulling van de plicht tot afstemming werd expliciet bij het veld neergelegd. Om tot samenhangende zorg te komen, werd voornamelijk de ontwikkeling en implementatie van zorgstandaarden van belang geacht. Vervolgens werd verwezen naar de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg⁴⁰².⁴⁰³ Ook in de doorlopende integrale toelichting op artikelen van het wetsvoorstel Wkkgz wordt naar deze handreiking verwezen. De verwachting is dat deze zeer behulpzaam zal zijn bij de invulling van de verplichting met betrekking tot afstemming in de praktijk.⁴⁰⁴

5.3 Wetgeving: art. 7:453 BW een directe grondslag voor een afstemmingsplicht

De Wkkgz formuleert zoals gezegd een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. Dit betekent niet dat een wettelijke grondslag in zijn geheel ontbreekt als de Wkkgz niet van toepassing is. In die gevallen kan immers worden teruggevallen op de 'open' norm zoals in art. 7:453 BW is geformuleerd. Er zijn meerdere argumenten op basis waarvan kan worden aangenomen dat deze norm ook ziet op afstemming en samenwerking in de zorg. Ongeacht de uiteindelijke toepassingsmogelijkheden van de Wkkgz kan uit de parlementaire geschiedenis worden herleid dat er al langere tijd een politieke wil is enige afstemmingsplicht te regelen en dus dat afstemming en samenwerking belangrijk wordt bevonden. Art. 7:453 BW krijgt zoals

⁴⁰⁰ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 42.

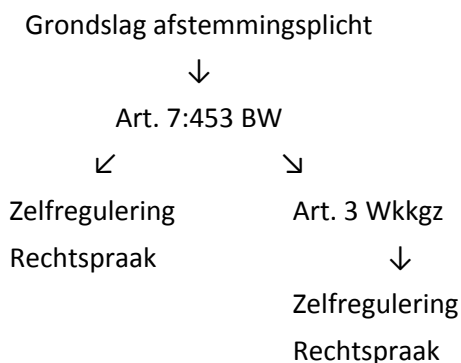
⁴⁰¹ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 42, zie tevens de voorloper op het wetsvoorstel, het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie', Programma 2008, *Kamerstukken II* 2007/08, 31476, 1 p. 26-27.

⁴⁰² Handreiking 2010.

⁴⁰³ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3 (MvT), p. 42-43.

⁴⁰⁴ *Kamerstukken I* 2013/14, 32402, F, p. 24.

eerder verwoord in hoofdstuk 4 niet alleen vorm in wetgeving. De bepaling verwijst naar de professionele standaard waardoor ruimte wordt geboden de norm in te vullen door richtlijnen, standaarden en protocollen die zien op afstemming en samenwerking in de zorg (zie paragraaf 5.5 e.v.). Ook rechtspraak over afstemming en samenwerking in de zorg kan een nadere invulling geven aan art. 7:453 BW (zie paragraaf 5.9).



5.4 Wetgeving: tussenconclusie

Mijns inziens kan worden aangenomen dat met de invoering van de Wkkgz enige plicht tot afstemming wettelijke verankering krijgt en dat deze norm invulling geeft aan de privaatrechtelijke norm voor aansprakelijkheid. Op de zorgaanbieders uit het netwerk rust een intramurale afstemmingsplicht. De betekenis hiervan is in beginsel niet relevant voor de afstemming en samenwerking binnen het netwerk. Door middel van reflexwerking van art. 3 Wkkgz kan mogelijk een transmurale afstemmingsplicht worden aangenomen in een concreet geval dat gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door het netwerk. Daarnaast rust de afstemmingsplicht uit de Wkkgz op de zorggroep uit het *zorggroepnetwerk*. Deze plicht ziet op de afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders uit het netwerk. In die gevallen dat de Wkkgz niet van toepassing is kan worden teruggevallen op de ‘open’ norm van art. 7:453 BW.

De afstemmingsplicht is weinig concreet geformuleerd. Hierdoor verwacht ik dat het lastig wordt om aansprakelijkheid louter te baseren op het in strijd handelen met de afstemmingsplicht zoals neergelegd in art. 3 Wkkgz. Voor een nadere invulling van de norm wordt verwezen naar de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg⁴⁰⁵.

5.5 Zelfregulering: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

In de nu volgende paragraaf zal worden nagegaan of en in hoeverre door middel van zelfregulering invulling wordt gegeven aan de norm ten aanzien van afstemming en

⁴⁰⁵ Handreiking 2010.

samenwerking in de zorg. Ik bespreek achtereenvolgens de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (verder: de Handreiking) en een aantal voorbeelden van LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken) en LTA's (Landelijke Transmurale Afspraken).

5.6 De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

De Handreiking is door de KNMG in samenspraak met andere beroeps- en brancheorganisaties op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en met financiële steun van VWS ontwikkeld en is van kracht sinds februari 2010. De Handreiking richt zich op samenwerking in de *cure* sector⁴⁰⁶.⁴⁰⁷ Van samenwerking in de zin van de Handreiking is sprake als meer dan één zorgverlener⁴⁰⁸ bij de cliënt betrokken is. De zorgverlener dient concreet inhoud te geven aan de aandachtspunten die in de Handreiking (zie paragraaf 5.5.2) worden beschreven.⁴⁰⁹ In de Handreiking wordt met de term zorgverlener de individuele beroepsbeoefenaar uit artt. 3 en 34 van de Wet BIG⁴¹⁰ bedoeld.⁴¹¹ Het begrip zorgverlener krijgt in de Wkkgz een vergelijkbare invulling: *“een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent”* (zie paragraaf 5.2.1). De term zorgverlener zoals in de Wkkgz en de Handreiking wordt gebruikt, is vergelijkbaar met de term individuele hulpverlener zoals in dit boek gehanteerd. De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van de Handreiking wordt neergelegd bij de betrokken zorginstellingen, maar via het klacht- en tuchtrecht zijn ook individuele zorgverleners aanspreekbaar op het niet naleven van de aandachtspunten uit de Handreiking.⁴¹²

In de Handreiking wordt met samenwerking bedoeld op interne samenwerking (samenwerking door zorgverleners werkzaam binnen dezelfde instelling), op externe samenwerking (samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm hiervan.⁴¹³ De Handreiking ziet dus niet alleen op samenwerking binnen de instelling, maar ook op samenwerking tussen zorgaanbieders. De afstemmingsplicht die uit de Handreiking voortvloeit, is hiermee zowel een intramurale als een transmurale afstemmingsplicht en heeft dus een ruimer bereik dan de Wkkgz. De Handreiking heeft betrekking op zowel simultane als

⁴⁰⁶ Zorg binnen de *cure* sector is zorg gericht op genezing en meestal kortdurend. Naast de *cure* sector kan worden gesproken over de *care* sector; zorg gericht op verpleging en verzorging.

⁴⁰⁷ Handreiking 2010, p. 5.

⁴⁰⁸ In de Handreiking wordt met de term zorgverlener de individuele beroepsbeoefenaar uit artt. 3 en 34 van de Wet BIG bedoeld, Handreiking 2010, p. 25. De definitie van het begrip krijgt in de Wkkgz een vergelijkbare invulling: *‘een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent’*, zie paragraaf 5.2.1. De term zorgverlener zoals die in de Wkkgz en de Handreiking wordt gebruikt, is vergelijkbaar met de term individuele hulpverlener zoals in dit boek gehanteerd.

⁴⁰⁹ Handreiking 2010, p. 25.

⁴¹⁰ Het gaat hierbij om de volgende beroepsbeoefenaren: de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige.

⁴¹¹ Handreiking 2010, p. 25.

⁴¹² Handreiking 2010, p. 29.

⁴¹³ Handreiking 2010, p. 5.

volgtijdelijke samenwerking.⁴¹⁴ De Handreiking omschrijft simultane samenwerking als alle situaties waarin de patiënt tegelijkertijd met meerdere zorgverleners te maken heeft.⁴¹⁵ Met volgtijdelijke zorg wordt ketenzorg bedoeld. De Handreiking is daarmee niet alleen van toepassing op traditionele samenwerkingsverbanden als de maatschap van bijvoorbeeld huisartsen of de samenwerking binnen de instelling, maar zou ook van toepassing kunnen zijn op zorgnetwerken. In de nu volgende paragrafen wordt beschreven in hoeverre de Handreiking van toepassing is op de verschillende verschijningsvormen van netwerken zoals deze in hoofdstuk 3 zijn besproken en of met deze Handreiking inhoud wordt gegeven aan een civielrechtelijke plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg.

5.6.1 De Handreiking en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk

De Handreiking is mijns inziens van toepassing op de zorgaanbieders uit het *zorggroepnetwerk*. De Handreiking legt een afstemmingsplicht neer bij de zorggroep voor zover de zorggroep zelf zorg verleent. In een aantal gevallen maakt de zorggroep niet alleen afspraken met andere zorgaanbieders, die de zorg daadwerkelijk verlenen, maar levert de zorggroep zelf ook zorg (paragraaf 3.3.2).

Op de zorgaanbieders die participeren in een zorgprogramma dat wordt gefaciliteerd door een zorgondersteunende organisatie, is de Handreiking van toepassing. De Handreiking is mijns inziens niet van toepassing op het handelen van de zorgondersteunende organisaties omdat zij zelf geen zorg verlenen.

Betoogd zou kunnen worden dat de Handreiking ook van toepassing is in de acute zorg. De Handreiking is immers niet alleen van toepassing op situaties waarin meerdere zorgaanbieders bij de zorg aan een bepaalde patiënt betrokken zijn, maar ook indien de zorg volgtijdelijk, dus binnen een keten, wordt verleend. De verplichtingen uit de Handreiking rusten dan op de zorgaanbieders die deelnemen aan het ROAZ. Afstemming en samenwerking in de acute zorg wordt sterk gereguleerd door onder meer de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de beleidsregels die op basis hiervan zijn geformuleerd. De verhouding tussen de WTZi en de Handreiking is echter nergens beschreven. Dit is overigens geen belemmering voor de toepassing van beide. De WTZi en zijn beleidsregels en de Handreiking zijn niet in strijd met elkaar en lijken elkaar alleen maar aan te vullen.

⁴¹⁴ Handreiking 2010, p. 5 en 25.

⁴¹⁵ Handreiking 2010, p. 25.

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Zorggroepnetwerk | Zorggroep | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht Handreiking | <i>Voor zover de zorggroep zelf zorg verleent</i> | <i>Ja, een intramurale en transmurale afstemmingsplicht</i> |
| Gefaciliteerd zorgnetwerk | Zorgondersteunende organisatie | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht Handreiking | <i>Nee</i> | <i>Ja, een intramurale en transmurale afstemmingsplicht</i> |
| Acutezorgnetwerk | ROAZ | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht Handreiking | <i>Nee</i> | <i>Ja, een intramurale en transmurale afstemmingsplicht</i> |

5.6.2 De Handreiking: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

Nu de Handreiking van toepassing is op de drie onderscheiden verschijningsvormen van netwerken, is de vraag aan de orde of zij ook invulling kan geven aan een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid. Aangezien de Handreiking zelfregulering is, zijn hierbij drie aspecten (zoals uitgewerkt in paragraaf 4.5.2.3) van belang. Vereist is dat de Handreiking is ingebed in het privaatrechtelijke systeem, voldoende gezaghebbend is en voldoende concreet. In dit geval betekent voldoende concreet dat zij voldoende concreet invulling geeft aan een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg.

De Handreiking: inbedding in het privaatrecht?

De Handreiking vindt allereerst haar inbedding in het privaatrechtelijke systeem aangezien zij kan worden gezien als een uitwerking van de professionele standaard en daarmee invulling geeft aan de norm van 'goed hulpverlener' neergelegd in art. 7:453 BW (zie paragraaf 5.3). Inbedding in het systeem volgt ook uit het gegeven dat de Handreiking invulling geeft aan de afstemmingsplicht neergelegd in de Wkkgz (zie paragraaf 5.2). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de Handreiking een breder toepassingsbereik heeft dan de Wkkgz. De Handreiking ziet immers op zowel intramurale zorg als transmurale zorg. De Wkkgz geeft dus slechts een grondslag voor een deel van de afstemmingsplicht zoals deze uit de Handreiking voortvloeit.

De Handreiking: voldoende gezaghebbend?

De Handreiking is een initiatief van diverse partijen uit het (zorg)veld en ontleent haar gezag aan de opstellers hiervan. Zoals aangegeven in paragraaf 5.6, is de Handreiking door de KNMG in samenspraak met andere beroeps- en brancheorganisaties op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en met financiële steun van VWS ontwikkeld. De Handreiking wordt onderschreven door de *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*, *Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)*, de *Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)*, het *Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)*, de *Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)*, het *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*, de *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*, de *Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)*, *Geestelijke gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)* en de *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)*⁴¹⁶. Deze organisaties vertegenwoordigen de belangen van artsen en patiënten.⁴¹⁷ Gezien het grote aantal organisaties zowel uit de hoek van de beroepsgroepen en de overheid, maar ook van patiënten, is de Handreiking voldoende gezaghebbend.

De Handreiking: voldoende concreet?

Voor de vraag of zij daadwerkelijk invulling geeft aan een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid is van belang of zij voldoende concreet is. De Handreiking is nader uitgewerkt in dertien aandachtspunten. Deze aandachtspunten zijn gericht op het voorkomen van risico's die de betrokkenheid van verschillende zorgverleners bij het zorgproces met zich meebrengen. De geformuleerde aandachtspunten worden gezien als kernaspecten in een regeling over verantwoordelijkheden bij samenwerking in de zorg. Hieronder volgt een overzicht van de aandachtspunten⁴¹⁸:

Aandachtspunt 1.

“Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- *het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordigers;*
- *de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;*
- *belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).*

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in een hand.”

Aandachtspunt 2.

“Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.”

⁴¹⁶ Inmiddels Patiëntenfederatie Nederland.

⁴¹⁷ Handreiking 2010.

⁴¹⁸ Zie voor deze aandachtspunten: Handreiking 2010, p. 9-23.

Aandachtspunt 3.

“Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.”

Aandachtspunt 4.

“Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.”

Aandachtspunt 5.

“Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.”

Aandachtspunt 6.

“Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.”

Aandachtspunt 7.

“Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.”

Aandachtspunt 8.

“In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.”

Aandachtspunt 9.

“Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.”

Aandachtspunt 10.

“Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).”

Aandachtspunt 11.

“De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.”

Aandachtspunt 12.

“Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.”

Aandachtspunt 13.

“Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.”

De invulling die de Handreiking geeft aan een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking binnen de zorg, heeft een zeker niveau van concretisering. Een voorbeeld hiervan is aandachtspunt 2, dat ziet op een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende een bepaalde cliënt. Onder meer hiermee wordt aangegeven wat onder afstemming moet worden verstaan. Een ander voorbeeld is aandachtspunt 4 dat ziet op informatieoverdracht. Zo dient een zorgverlener die deelneemt aan een samenwerkingsverband zich ervan te vergewissen dat hij over de relevante gegevens van collega's beschikt. Op zijn beurt dient hij zijn collega's gegevens en bevindingen te verschaffen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. De Handreiking geeft niet aan over welke gegevens en bevindingen zorgverleners elkaar moeten informeren. In de toelichting bij aandachtspunt 4 uit de Handreiking wordt hierover gezegd dat in overleg met de beroepsgroepen op lokaal en regionaal niveau dient te worden bepaald welke gegevens noodzakelijk zijn voor het verlenen van goede zorg en daarmee in aanmerking komen voor uitwisseling.⁴¹⁹ Het is dan ook de vraag of de Handreiking altijd concreet genoeg is. Verschillende aandachtspunten verschaffen wel inzicht in wat een ideale situatie zou zijn als het gaat om samenhang in de zorg. Er wordt als het ware een resultaat/doel beschreven, maar niet altijd de weg die moet worden bewandeld om dit doel/resultaat te bereiken. Zo moet conform aandachtspunt 1 voor de patiënt duidelijk zijn wie zijn aanspreekpunt is, maar is niet duidelijk welke inspanningen en vooral door wie deze inspanningen moeten worden verricht om dit doel te bereiken. Het aandachtspunt legt geen directe verplichting op aan de hulpverleners en zorgaanbieders die deelnemen aan een samenwerkingsverband de patiënt te informeren over de andere hulpverleners en zorgaanbieders binnen het samenwerkingsverband of een verplichting om met elkaar vast te stellen wie de zorginhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft en belast is met de coördinatie en de regie. De aandachtspunten in de Handreiking lijken invulling te geven aan een zorgplicht van zorgaanbieders, maar zijn zo geformuleerd dat ze niet altijd concrete normen bieden waaraan het handelen van individuele hulpverleners en zorgaanbieders kan worden getoetst. Hiermee hangt samen dat het om een Handreiking gaat, die naar haar aard moet worden gezien als hulpmiddel/leidraad om afstemming in de zorg te bevorderen, en niet om dwingende bepalingen. Het vrijblijvende karakter en de onduidelijkheid over op welke zorgaanbieders de Handreiking rust en welke concrete verplichtingen zij met zich meebrengt, maakt dat het

⁴¹⁹ Handreiking 2010, p. 14.

moeilijk is aan te geven of aan de Handreiking consequenties voor de toepassing van het aansprakelijkheidsrecht kunnen worden verbonden.

De Handreiking dient echter op haar beurt ook weer invulling te krijgen. Het is de bedoeling dat op basis van de Handreiking per sector of thema nadere uitwerkingen of richtlijnen worden ontwikkeld. De Handreiking legt de verantwoordelijkheid voor deze uitwerkingen en richtlijnen bij de betrokken partijen.⁴²⁰ Een verdere uitwerking vormen mogelijk de LESA's en de LTA's die in de volgende paragrafen worden besproken.

5.7 LESA's en LTA's, een verdere invulling van de Handreiking

5.7.1 LESA's en LTA's

Op verschillende niveaus worden standaarden, richtlijnen en protocollen ontwikkeld die zien op de samenwerking tussen hulpverleners. Deze zouden concreter moeten zijn dan de Handreiking die hierboven wordt geschetst. Voorbeelden hiervan zijn de zogenaamde Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) en Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's).⁴²¹ In een LESA worden landelijke uitgangspunten geformuleerd voor het maken van werkafspraken binnen de regio ten aanzien van de zorg aan patiënten met een bepaalde aandoening of ziekte. LESA's zijn en worden ontwikkeld op initiatief van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). De positie van huisartsen wordt in alle LESA's dan ook omschreven. LESA's sluiten aan bij de bestaande richtlijnen voor de verschillende beroepsgroepen. Voor de huisartsen zijn dit de NHG standaarden.⁴²² LTA's bevatten richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Deze richtlijnen kunnen uitgangspunt zijn bij het maken van regionale transmurale werkafspraken.⁴²³ Zowel LESA's als LTA's hebben betrekking op de zorg die door hulpverleners verbonden aan verschillende zorgaanbieders in samenhang dient te worden verleend. Zij zien daarmee beide op m.n. transmurale afstemming en samenwerking.

5.7.2 LESA's en LTA's en de toepasselijkheid op de actoren van het zorgnetwerk

Voorbeelden van LESA's zijn de LESA's die zien op patiënten met dementie. Er zijn momenteel twee LESA's met betrekking tot dementie: De LESA Dementie met (wijk)verpleegkundigen 2005⁴²⁴ en de LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009⁴²⁵.

⁴²⁰ Handreiking 2010 p, 27-28.

⁴²¹ PDF-files van de verschillende LESA's en LTA's zijn te downloaden via de site van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): nhg.org (geraadpleegd op 6 oktober 2017).

⁴²² nhg.org (geraadpleegd 6 oktober 2017).

⁴²³ nhg.org (geraadpleegd 6 oktober 2017).

⁴²⁴ LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd 6 oktober 2017).

⁴²⁵ LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd 6 oktober 2017).

De LESA Dementie met (wijk)verpleegkundigen geeft aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij de diagnostiek en begeleiding van patiënten met dementie.⁴²⁶ *“Bij de patiënt met dementie hebben de huisarts en de wijkverpleegkundige een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zij gaan beiden zo veel mogelijk uit van de vraag van de patiënt en diens naasten. Dat houdt in dat de mogelijkheden, behoeften en wensen van de patiënt met dementie en diens naasten in de zorg centraal staan. Daarbij past een pro-actieve opstelling naar de patiënten en diens naasten.”*⁴²⁷ De huisarts en de wijkverpleegkundige dienen elkaar op de hoogte te houden van het afgesproken beleid en de veranderingen in de situatie van de patiënt of diens naasten.⁴²⁸ *“Als de huisarts de diagnose gesteld heeft, brengt hij de wijkverpleegkundige van de diagnose op de hoogte en bespreekt deze, zo mogelijk gezamenlijk, met de patiënt en diens naasten.”*⁴²⁹ Tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige dient structureel overleg te zijn.⁴³⁰

De LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde is gericht op de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriaters.⁴³¹ In deze LESA is neergelegd dat het van belang is dat de taken worden verdeeld als het gaat om signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding.⁴³² *“Wanneer de huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater gezamenlijk de diagnostiek uitvoeren, spreken zij met elkaar af wie hiervoor het eerste aanspreekpunt is (dit kan ook een derde – bijvoorbeeld een casemanager dementie – zijn).”*⁴³³ *“Indien er sprake is van een ernstige achteruitgang in het ziektebeeld en/of het complexer worden van de zorg, maken de huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater afspraken over hoe en door wie het hoofdbehandelaarschap en medebehandelaarschap worden ingevuld.”*⁴³⁴ Ook wordt bepaald dat het van belang is dat de juiste zorg op het juiste moment door de meest geëigende zorgaanbieders/hulpverleners wordt verleend en dat continuïteit van zorg voor de patiënt en zijn naasten wordt geborgd.⁴³⁵ De LESA's Dementie kunnen van belang zijn voor de netwerken die worden gefaciliteerd door een zorgondersteunde organisatie.

Ook ten aanzien van een aantal andere veelvoorkomende chronische ziekten zijn LESA's ontwikkeld, bijvoorbeeld voor diabetes mellitus type 2. Deze LESA Diabetes mellitus type 2 2006⁴³⁶ is de uitkomst van een overleg tussen de huisartsen en de paramedische

⁴²⁶ nhg.org (geraadpleegd 6 oktober 2017).

⁴²⁷ LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005, p. 124.

⁴²⁸ LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005, p. 125.

⁴²⁹ LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005, p. 125.

⁴³⁰ LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005, p. 126.

⁴³¹ nhg.org (geraadpleegd oktober 2017).

⁴³² LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009, p. 1.

⁴³³ LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009, p. 3.

⁴³⁴ LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009, p. 3.

⁴³⁵ LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009, p. 1.

⁴³⁶ LESA Diabetes mellitus type 2 2006 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd op 6 oktober 2017).

beroepsgroepen.⁴³⁷ De LESA legt een aantal taken en verantwoordelijkheden expliciet bij de huisarts neer. Zo dient de huisarts de diagnose vast te stellen, bepaalt hij het medicatiebeleid en is hij verantwoordelijk voor tijdige verwijzing naar de diëtist en de tweede lijn. De LESA geeft aan dat naar mate meer zorgverleners bij de zorg van de patiënt betrokken zijn, coördinatie belangrijker wordt. *“Overleg op regionaal niveau over de coördinatie van de gehele zorgketen is aan te bevelen.”*⁴³⁸ De *zorggroepnetwerken* die in hoofdstuk 3 zijn besproken, kennen altijd een zorgprogramma diabetes mellitus type 2. Specifiek voor de *zorggroepnetwerken* kan deze LESA daarom van betekenis zijn.

Een ander voorbeeld is de LESA COPD⁴³⁹2007⁴⁴⁰. Deze is tot stand gekomen op initiatief van de huisartsen in overleg en samenwerking met de vertegenwoordigers van een groot aantal paramedische beroepen en patiënten namens het Astma-fonds (thans het Longfonds).⁴⁴¹ De LESA omschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de huisartsen. Tot de taken van de huisarts behoort onder meer het stellen van de diagnose, het vaststellen van het medicatiebeleid - zo nodig in samenspraak met andere zorgverleners - en de verwijzing naar andere zorgverleners.⁴⁴² Indien de huisarts de patiënt verwijst naar een paramedicus, dan onderzoekt die de patiënt zelf en brengt hij daarvan verslag uit aan de verwijzend arts. In overleg wordt vervolgens bepaald of de patiënt in behandeling wordt genomen.⁴⁴³ De LESA schrijft bovendien voor dat als verschillende paramedici bij de zorg zijn betrokken, wordt afgesproken hoe de zorg op elkaar wordt afgestemd en wie de coördinerende taken op zich neemt.⁴⁴⁴ *“De LESA heeft tot doel dat er regionaal werkafspraken worden gemaakt tussen huisartsen en paramedici teneinde (de samenwerking bij) de behandeling van de patiënt met COPD te optimaliseren.”*⁴⁴⁵ Veelal kennen de *zorggroepnetwerken* een zorgprogramma COPD. Voor deze zorgnetwerken kan de LESA COPD dus van belang zijn.

Een laatste LESA die kort zal worden toegelicht, is de LESA CVA⁴⁴⁶ 2007⁴⁴⁷. Deze LESA geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij het verlenen van zorg in de thuissituatie aan patiënten met een CVA.⁴⁴⁸ De LESA gaat er vanuit dat de huisarts via contact met de neuroloog, verpleeghuisarts of de revalidatiearts op de hoogte is van het

⁴³⁷ De LESA Diabetes mellitus type 2 is net als de Diabeteszorgprogramma's die door zorggroepen worden gehanteerd gebaseerd op de NDF Zorgstandaard.

⁴³⁸ LESA Diabetes mellitus type 2 2006, p. 421.

⁴³⁹ Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

⁴⁴⁰ LESA COPD 2007 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd op 6 oktober 2006).

⁴⁴¹ LESA COPD 2007, p. 21.

⁴⁴² LESA COPD 2007, p.22.

⁴⁴³ LESA COPD 2007, p.23.

⁴⁴⁴ LESA COPD 2007, P. 23

⁴⁴⁵ LESA COPD 2007, p. 21.

⁴⁴⁶ Cerebro Vasculair Accident.

⁴⁴⁷ LESA CVA 2007 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd op 6 oktober 2017).

⁴⁴⁸ nhg.org (geraadpleegd op 6 oktober 2017).

ziektebeeld, het verloop en de eventueel te verwachten problemen.⁴⁴⁹ De wijkverpleegkundige dient op basis van de LESA ondersteuning en begeleiding te bieden aan de patiënt en diens mantelzorgers.⁴⁵⁰ *“Wanneer wijkverpleegkundige zorg of begeleiding is ingezet, is adequate samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige noodzakelijk. Zij spreken af wie de rol van zorgcoördinator [...] vervult. De zorgcoördinator stelt het zorgplan op waarin de behandel- en zorgdoelen worden vastgelegd en een taakverdeling wordt afgesproken.”*⁴⁵¹

Naast de prominente rol die de huisarts krijgt toegedicht, hebben de besproken LESA's gemeen dat in alle een passage is opgenomen die erop neer komt dat het persoonlijk inzicht van de betrokken hulpverleners bij alle richtlijnen (LESA's) een belangrijk aspect vormt. Na afweging van alle relevante factoren kan het in een concreet geval gerechtvaardigd zijn dat de hulpverlener besluit af te wijken van de LESA. Toch wordt ook steeds aangegeven dat dit onverlet laat dat de LESA is bedoeld te fungeren als maat en houvast.⁴⁵² Deze gehouwenheid van hulpverleners in beginsel te handelen conform de LESA's sluit daarmee naadloos aan bij de in paragraaf 4.5.2.1 besproken protocollenarresten⁴⁵³.

Een LTA betrekking hebbend op chronische ziekten is de LTA Hartfalen 2015⁴⁵⁴. De LTA Hartfalen is opgesteld door cardiologen, huisartsen, hartfalenverpleegkundigen, een vertegenwoordiger van de Hart&Vaatgroep⁴⁵⁵ en een vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland.⁴⁵⁶ Bij de zorg van patiënten met hartfalen zijn meerdere zorgaanbieders betrokken. De zorg die wordt verleend door de verschillende zorgaanbieders dient naadloos op elkaar aan te sluiten. In de LTA zijn onder meer afspraken opgenomen over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen betrokken zorgaanbieders, de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, en de rol van de praktijkondersteuner huisarts (POH) en de hartfalenverpleegkundigen.⁴⁵⁷ *“Het doel van deze LTA is om een kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorg-professionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg.”*⁴⁵⁸

LESA's zijn richtlijnen die gericht zijn op samenwerking binnen de eerste lijn. Acute zorg speelt zich voor een belangrijk deel ook in de tweede lijn af. De betekenis van LESA's voor de acute

⁴⁴⁹ LESA CVA 2007, p. 6.

⁴⁵⁰ LESA CVA 2007, p. 6.

⁴⁵¹ LESA CVA 2007, p. 7.

⁴⁵² LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen 2005, p. 125, LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde 2009, p. 2, LESA Diabetes Mellitus type 2 2006, p. 419, LESA COPD 2007, p. 21, LESA CVA 2007, p. 6.

⁴⁵³ HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 *NJ* 2001/649 (Protocol-I) en HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006 *NJ* 2006/377 (Protocol II).

⁴⁵⁴ LTA Hartfalen 2015 (te raadplegen via nhg.org, geraadpleegd op 6 oktober 2017).

⁴⁵⁵ De patiëntenvereniging voor hart- en vaatpatiënten en hun naasten.

⁴⁵⁶ LTA Hartfalen 2015, p. 2.

⁴⁵⁷ LTA Hartfalen 2015, p. 2.

⁴⁵⁸ LTA Hartfalen 2015, p. 2.

zorg is daarom beperkt. LTA's zouden daarentegen wel van toepassing kunnen zijn in de acute zorg aangezien zij zich niet beperken tot eerstelijnszorg, maar tevens betrekking hebben op de tweede lijn. Acute zorgnetwerken beperken zich bij het verlenen van zorg niet tot een bepaalde aandoening of ziekte. De besproken LTA Hartfalen kan van betekenis zijn binnen acute zorgnetwerken voor zover een patiënt met hartfalen acute zorg nodig heeft.

| Zorggroepnetwerk | Zorggroep | Zorgaanbieders in het netwerk |
|----------------------------------|---|--|
| Afstemmingsplicht LESA's LTA's | <i>Voor zover de zorggroep zelf zorg verleent</i> | <i>Ja, een transmurale afstemmingsplicht</i> |
| Gefaciliteerd zorgnetwerk | Zorgondersteunende organisatie | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht LESA's LTA's | <i>Nee</i> | <i>Ja, een transmurale afstemmingsplicht</i> |
| Acutezorgnetwerk | ROAZ | Zorgaanbieders in het netwerk |
| Afstemmingsplicht LESA's LTA's | <i>Nee</i> | <i>Ja, een transmurale afstemmingsplicht</i> |

5.7.3 LESA's en LTA's: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

LESA's en LTA's kunnen net als de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg slechts invulling aan een privaatrechtelijke norm voor aansprakelijkheid geven indien zij zijn ingebed in het privaatrechtelijke systeem, voldoende gezaghebbend zijn en voldoende concreet zijn. Ook voor LESA's en LTA's geldt dat 'voldoende concreet' dient in te houden dat zij voldoende concreet invulling geven aan een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg.

LESA's en LTA's zijn ingebed in het privaatrechtelijke systeem aangezien zij invulling geven aan de professionele standaard en daarmee aan de norm van 'goed hulpverlener' van art. 7:453 BW. LTA's en LESA's kennen niet dezelfde wettelijke basis als de Handreiking. Zij kennen wel een breed draagvlak in die zin dat zij worden ondersteund door belangrijke partijen in de zorg. Zij komen immers tot stand op initiatief van het NHG in samenwerking met wetenschappelijke en partnerorganisaties en beroepsorganisaties uit het veld.⁴⁵⁹

LESA's en LTA's zijn in zekere zin concreter dan de afstemmingsverplichting zoals neergelegd in het wetsvoorstel Wkkgz en de Handreiking. Dit is het gevolg van het gegeven dat LESA's en LTA's de taken en verantwoordelijkheden die zij omschrijven, verbinden aan bepaalde

⁴⁵⁹ nhg.org/themas/artikelen/toelichting-samenwerkingsrichtlijnen, geraadpleegd op 6 oktober 2017.

beroepsbeoefenaren/beroepen; dit wordt in de Handreiking in het midden gelaten. LESA's en LTA's zijn landelijke afspraken terwijl de netwerken veelal binnen een bepaalde regio opereren. LESA's en LTA's bevatten daarom wel afspraken over welke beroepsbeoefenaren welke taken en verantwoordelijkheden hebben, maar maken daarbij niet de vertaalslag naar de concrete netwerken. Concrete netwerken dienen op basis van LESA's en LTA's concrete afspraken te maken over afstemming en samenwerking in de zorg. Maken de zorgaanbieders binnen een bepaald netwerk afspraken op basis van een bepaalde LESA of LTA, dan geven ze mijns inziens invulling aan civielrechtelijke normen voor aansprakelijkheid. Zoals eerder aangegeven, dienen zorgaanbieders immers in beginsel te handelen conform het door henzelf opgestelde protocol. Ook indien zij geen verdere afspraken maken, bieden de bestaande LESA's of LTA's in geval van gebrekkige samenhangende zorg mogelijk aanknopingspunten aansprakelijkheid aan te nemen, maar is wellicht minder helder of en welke inhoudelijke norm is geschonden.

5.8 Zelfregulering: Tussenconclusie

De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg geeft nadere invulling aan zowel een intramurale als transmurale afstemmingsplicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. De aandachtspunten die in de Handreiking worden geformuleerd, kennen een zekere mate van concretisering. Zij zijn echter algemeen geformuleerd en gelden voor alle zorgverleners/zorgaanbieders. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende beroepsgroepen. Dit betekent een beperking voor de invulling die zij geeft aan een materiële norm voor aansprakelijkheid. LESA's en LTA's zijn met name relevant als het gaat om de afstemming en samenwerking tussen hulpverleners werkzaam bij verschillende zorgaanbieders, dus als het gaat om transmurale afstemming. Zij zijn concreter vormgegeven dan de Handreiking. Wel gaat het hierbij om landelijke afspraken die binnen de regionale netwerken verder dienen te worden uitgewerkt. Indien de zorgaanbieders uit een netwerk de door henzelf gemaakte afspraken, gebaseerd op deze LESA's of LTA's, niet naleven, kan op grond hiervan mogelijk aansprakelijkheid worden aangenomen.

5.9 Tuchtrechtspraak: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

5.9.1 Gebrekkige samenhangende zorg in tuchtrechtspraken: een aantal voorbeelden

Er zijn mij geen uitspraken bekend uit het civiele medische aansprakelijkheidsrecht die betrekking hebben op afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders of hulpverleners.⁴⁶⁰ Door zowel de Regionale Tuchtcolleges als het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zijn wel uitspraken gedaan over afstemming en samenwerking in de zorg. Aangezien

⁴⁶⁰ De zoektermen 'afstemming' en 'samenwerking' leveren op de website rechtspraak.nl geen relevante hits op, geraadpleegd 6 oktober 2017.

tuchtrechtspraken invulling kunnen geven aan civielrechtelijke normen voor aansprakelijkheid, zal hieronder een aantal relevante uitspraken⁴⁶¹ kort worden besproken.

Een eerste voorbeeld is een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 4 september 2007⁴⁶². Deze zaak gaat over een patiënte die als gevolg van comorbiditeit afhankelijk was van meerdere hulpverleners tegelijk. Zo waren bij de zorg aan de vrouw een huisarts, een psychiater en een cardioloog betrokken. Als de vrouw met een verhoogde lithiumspiegel overlijdt, klaagt de inspectie elk van de bovengenoemde hulpverleners aan. Het Regionaal Tuchtcollege stelt vast dat niet aannemelijk is gemaakt dat het overlijden van de patiënte is te wijten aan het handelen van een van de betrokken beroepsbeoefenaren. Het tuchtcollege stelt bovendien dat bij tuchtrechtelijke toetsing de individuele verantwoordelijkheid en zorgplicht uitgangspunt is. Dit kan betekenen dat de beroepsbeoefenaar verplicht is contact op te nemen met een andere betrokken hulpverlener, maar dat dit wel moet worden gezien vanuit de eigen verantwoordelijkheid.⁴⁶³ De klacht jegens de huisarts en psychiater wordt ongegrond verklaard. Zowel de apotheker als de cardioloog krijgt een waarschuwing opgelegd. De apotheker omdat hij automatische interactiesignalen heeft genegeerd en geen contact heeft gezocht met de voorschrijvend huisarts of de cardioloog. De cardioloog gaat in hoger beroep tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt vervolgens dat de cardioloog gezien de gecompliceerde problematiek bij patiënte en het gegeven dat hij op de hoogte was van de grote hoeveelheid en de verschillende medicijnen die aan de patiënt waren voorgeschreven, zijn interventie onverwijld had moeten melden aan de huisarts en de psychiater.

Een tweede voorbeeld is een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege uit maart 2006.⁴⁶⁴ In deze zaak gaat het om een hoogbejaarde patiënte die in een verzorgingshuis woont en daar ten val komt. Ze heeft een flinke wond aan haar linkerkuit die door de verweerder, haar huisarts, wordt gehecht. Deze huisarts gaat er tevens vanuit dat ze waarschijnlijk een gekneusde rib heeft aangezien ze pijn heeft aan haar linkerzij. In de weken daarna blijft de arts steeds de patiënte bezoeken. De patiënte blijft echter (pijn)klachten houden. De patiënte en haar dochter laten in die periode op het nachtkastje van de patiënte briefjes achter gericht aan de huisarts en/of de

⁴⁶¹ De uitspraken die worden besproken, zijn voornamelijk uitspraken die vanaf 2009 zijn gepubliceerd in *Medisch Contact* en via tuchtrecht.nl en betrekking hebben op afstemming en samenwerking in de zorg.

⁴⁶² CTG 4 september 2007, *Medisch Contact* 2 november 2007/44, p. 1826-1827 (Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars).

⁴⁶³ Vergelijkbaar is het oordeel van het tuchtcollege in vier zaken tegen vier verschillende huisartsen allen betrokken bij hetzelfde feitencomplex. In alle vier de afzonderlijke zaken stelt het tuchtcollege voorop dat de betrokken huisartsen weliswaar na elkaar hebben gehandeld en hun handelen in zoverre nauw met elkaar verweven is, maar dat het handelen van iedere betrokken arts individueel dient te worden beoordeeld. RTG 5 februari 2013, ECLI:NL: TGZRGR:2013:YG2602, RTG 5 februari 2013, ECLI:NL: TGZRGR:2013:YG2603, RTG 5 februari 2013, ECLI: NL: TGZRGR:2013:YG2604, RTG 5 februari 2013, ECLI: NL: TGZRGR:2013:YG2605.

⁴⁶⁴ RTG 21 maart 2006, *Medisch Contact* 7 november 2006/45, p. 1810-1811 (Eén patiënt en veel solisten).

verpleging van het verzorgingshuis waarin zij informatie geven over de situatie van de patiënte of vragen stellen over de behandeling. In de vakantie van de huisarts verwijst de waarnemend huisarts de patiënte voor röntgenfoto's naar het ziekenhuis. Daar blijkt de patiënte een schaambeenfractuur te hebben. Diezelfde nacht overlijdt de patiënte in het verzorgingshuis. De klacht richt zich tegen de huisarts. Hem wordt het verwijt gemaakt dat hij niet goed naar de klachten van de patiënte heeft geluisterd, niet goed naar haar symptomen heeft gekeken en niet onmiddellijk foto's heeft laten maken, waardoor de patiënte ondraaglijk heeft moeten lijden. Het college oordeelt de klacht gegrond. Een deel van de overwegingen van het tuchtcollege heeft betrekking op de verhouding van de huisarts met het verzorgingshuis. Zo werd de huisarts onder meer verweten dat hij te weinig heeft gecommuniceerd met patiënte, haar familie en het personeel van het verzorgingshuis. Om een duidelijk beeld te kunnen hebben van de pijn die patiënte leed, had hij contact op moeten nemen met het personeel van het verzorgingshuis dat haar dagelijks zag. Het college legt echter niet de volle verantwoordelijkheid bij de huisarts neer aangezien het onduidelijk is in hoeverre het verzorgingshuis een rol heeft gespeeld in de gebrekkige communicatie. De huisarts wordt de maatregel van een waarschuwing opgelegd.

In paragraaf 1.2.3 is de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 14 maart 2007⁴⁶⁵ besproken. In deze zaak wordt een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt wegens het voortborduren op een foutieve diagnose van een medebehandelaar. De uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 10 juni 2010⁴⁶⁶ ziet op een vergelijkbare situatie. Het gaat in deze zaak om een patiënte die een hele nacht op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) opgenomen is geweest en zich vervolgens de volgende dag thuis nog steeds niet beter voelt. De huisarts denkt aanvankelijk aan een CVA, maar onderzoekt de patiënt en komt dan tot de conclusie dat er geen sprake kan zijn van een CVA, maar van een vestibulair syndroom. Zij voelt zich daarin gesterkt door de bevindingen op de SEH en de geconsulteerde neuroloog die ook niet op een CVA wezen. Het blijft slecht gaan met de patiënt. De huisarts legt daarom een spoedvisite af. De patiënt wordt vervolgens opgenomen op de afdeling Neurologie van het ziekenhuis waar alsnog een CVA wordt vastgesteld. Het Centraal Tuchtcollege is - evenals het Regionaal Tuchtcollege - van oordeel dat de huisarts onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld: gezien de omstandigheden had de huisarts neurologisch onderzoek moeten verrichten. Dat de patiënt kort tevoren nog was onderzocht op de SEH, waar men eveneens dacht aan een vestibulair probleem, maakt dit niet anders.

In andere zaken die betrekking hebben op het voortborduren op fouten van anderen geeft het college een vergelijkbaar oordeel. Zo oordeelt het Regionaal Tuchtcollege in juni 2012 dat het

⁴⁶⁵ RTG Eindhoven 14 maart 2007 *Medisch Contact* 28 augustus 2007/26, p. 1126-1127 (Neuroloog zet huisarts op verkeerde been).

⁴⁶⁶ CTG 10 juni 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0363, *Medisch Contact* 9 september 2010/36, p. 1756-1758 (Niet varen op andermans diagnose).

gegeven dat ook de radioloog een foto onjuist heeft beoordeeld, op zijn minst opmerkelijk is, maar dat dit de arts niet van haar eigen verantwoordelijkheid voor een juiste beoordeling ontslaat.⁴⁶⁷ In maart 2014 oordeelt het Regionaal Tuchtcollege in een zaak waarin een patiënt een te hoge dosering medicijnen had gekregen, dat de chirurg niet op de arts-assistent had mogen vertrouwen, maar de dosering zelf had moeten vaststellen.⁴⁶⁸ Ook het Centraal Tuchtcollege oordeelt in mei 2016⁴⁶⁹ dat de hoofdbehandelaar niet had mogen afgaan op de mededeling van de op dat moment aanwezige arts op de afdeling dat het beter ging met de patiënt, maar de patiënt zelf had moeten onderzoeken. Tegelijkertijd dient dubbelonderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen, te worden voorkomen. Om deze reden oordeelt het Regionaal Tuchtcollege op 15 maart 2017⁴⁷⁰ dat een hulpverlener die zich afvraagt of een reeds ingezette behandeling door een andere hulpverlener adequaat is, in overleg en na toestemming van de patiënt, hierover contact op moet nemen met deze hulpverlener.

Het Centraal Tuchtcollege oordeelt in augustus 2012 dat verweerster ten onrechte heeft vertrouwd op snelle terugkoppeling door de radioloog. Dit is verweerster tuchtrechtelijk aan te rekenen. Verweerster had zich reactief opgesteld waar van haar een proactieve houding werd verwacht.⁴⁷¹ Ook in maart 2012 werd door het Regionaal Tuchtcollege⁴⁷² de hulpverlener een afwachtende houding aangerekend. Het college overwoog dat het de verantwoordelijkheid is van de (opvolgend) hoofdbehandelaar om zich op de hoogte te stellen van de medische voorgeschiedenis van een patiënt. De behandelaar dient zich immers actief te informeren door middel van het dossier dat met betrekking tot de patiënt is opgemaakt.⁴⁷³ Vergelijkbaar is het oordeel van het Centraal Tuchtcollege in juli 2017 dat onder omstandigheden een huisarts 's ochtends voorafgaand aan het spreekuur zelf contact op moet nemen met een patiënt die buiten praktijken door een dienstdoende huisarts van de HAP is gezien.⁴⁷⁴ In een zaak waarin het Regionaal Tuchtcollege in februari 2013⁴⁷⁵ heeft geoordeeld, kwam de ingestelde onderzoekscommissie tot de conclusie dat er sprake is geweest van een gemeenschappelijke tunnelvisie. Een (opvolgende) huisarts heeft zich laten leiden door zijn/haar voorganger en heeft zich gericht op het uitsluiten van een meningitis alsmede het geruststellen van de moeder. Het tuchtcollege oordeelt dat de tuchtrechtelijke toetsing van het individueel handelen van de betrokken huisartsen centraal staat. De betrokken huisartsen hebben weliswaar na elkaar

⁴⁶⁷ RTG 's-Gravenhage 7 augustus 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2288.

⁴⁶⁸ RTG 's-Gravenhage 18 maart 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:3.

⁴⁶⁹ CTG 26 mei 2016, ECLI:NL:TGZCTG: 2016:196.

⁴⁷⁰ RTG Eindhoven 15 maart 2017, *Medisch Contact* 1 juni 2017/22 (Basisarts passeert psychotherapeut).

⁴⁷¹ CTG 21 juni 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2154.

⁴⁷² RTG Zwolle 29 maart 2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1882.

⁴⁷³ CTG 26 mei 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:196.

⁴⁷⁴ Zie ook CTG 25 juli 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:222, *Medisch Contact* 14 september 2017/ 37, p. 42-45 (Bekijk voor ochtendspreekuur de overdracht).

⁴⁷⁵ RTG 's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2602.

gehandeld en hun handelen is in zoverre nauw met elkaar verweven, toch zal het college voor iedere individuele arts moeten beoordelen of het handelen van de betrokken huisarts is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Een belangrijk verschil tussen het medisch tuchtrecht en het civiele medische aansprakelijkheidsrecht is dat binnen het tuchtrecht slechts individuele hulppersonen kunnen worden aangesproken en dat binnen het civiele medische aansprakelijkheidsrecht ook rechtspersonen kunnen worden aangesproken.⁴⁷⁶ Een ander verschil - zoals ook onder meer volgt uit de eerste uitspraak die is besproken in deze paragraaf - is dat een klacht op basis van het tuchtrecht enkel gegrond kan worden bevonden, indien de beroepsbeoefenaar tot wie de klacht is gericht een persoonlijk verwijt kan worden gemaakt. De hulpverlener is alleen verantwoordelijk voor eigen handelen en/of nalaten en kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen en/of nalaten van een ander.⁴⁷⁷ Binnen het civiele recht bestaat daarentegen de mogelijkheid dat men aansprakelijk is voor de fouten van anderen slechts omdat men over een bepaalde hoedanigheid beschikt of behoort tot een bepaald samenwerkingsverband, zoals een maatschap of een VOF. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat tuchtcolleges in meerdere gevallen een collectief falen aan het individu hebben toegerekend.⁴⁷⁸ De uitspraken van het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven⁴⁷⁹ in eerste aanleg en het Centraal Medisch Tuchtcollege⁴⁸⁰ in hoger beroep zijn hierbij illustratief. In deze zaak verwijten klagers de gynaecoloog dat hij tekort is geschoten in de gynaecologische zorg die hij klaagster heeft verleend na haar bevalling. Het verweer van de gynaecoloog ziet erop dat hij als dienstdoend gynaecoloog slechts vierentwintig uur betrokken was bij de behandeling van de vrouw en daarbuiten niet bij de controles en behandeling van de klaagster betrokken is geweest. Het Regionaal Tuchtcollege verwerpt dit verweer, oordeelt de klacht tegen de gynaecoloog

⁴⁷⁶ In 2006 heeft de werkgroep tuchtrecht onder leiding van prof. N.J.H. Huls in het kader van het programma Bruikbare rechtsorde en in opdracht van het Ministerie van Justitie een advies uitgebracht dat ertoe strekt consistentie te bewerkstellingen in het beleid dat de overheid voert ten aanzien van het tuchtrecht. De werkgroep pleit in dit advies voor de mogelijkheid om ook klachten te richten tot teams. Het argument hiervoor was dat de huidige situatie waar het tuchtrecht ziet op het tuchtwaardig handelen van het individu niet aansluit bij de huidige praktijk waarin steeds vaker in teamverband wordt gewerkt. Zij geeft hierbij het voorbeeld van een team bestaande uit een chirurg, co-assistenten en verpleegkundigen dat een operatie uitvoert waarbij iets mis gaat. De commissie vraagt zich hierbij af of het dan aan de patiënt moet zijn om te herleiden wie nu tuchtrechtelijk dient te worden aangesproken. De commissie stelt dat dit geen wenselijke ontwikkeling is en dat het tuchtrecht op dit punt is achtergebleven bij de ontwikkelingen die de verschillende beroepsgroepen hebben doorgemaakt. Waar vroeger de arts met name het voortouw nam in de zorg aan een bepaalde patiënt is er nu sprake van steeds verdergaande specialisatie en toedeling van verantwoordelijkheden met als gevolg dat steeds vaker in teams wordt gewerkt. De commissie stelt zich daarom op het standpunt dat de patiënt niet alleen een individuele beroepsbeoefenaar moet kunnen aanspreken, maar ook een groep van beroepsbeoefenaars. De commissie is er echter geen voorstander van ook rechtspersonen onder het tuchtrecht te laten vallen daar er ook rechtspersonen bestaan waarbinnen slechts een klein gedeelte van de werknemers onder het tuchtrecht vallende beroepsbeoefenaar is. Het advies van de werkgroep Huls is tot op heden nog niet opgevolgd.

⁴⁷⁷ CTG 7 februari 2013, *Medisch Contact* 13 maart 2014/11, p. 550-553 (Samenwerking had beter moeten).

⁴⁷⁸ Kastelein 2010, p. 48.

⁴⁷⁹ RTG Eindhoven, (datum uitspraak niet opgenomen in tijdschrift) *TvGr* 2004/30.

⁴⁸⁰ CTG 4 maart 2004, *TvGr* 2004/30.

gegrond en legt hem een waarschuwing op. Het college heeft daarbij overwogen dat op grond van de organisatie van de diensten binnen de maatschap en de wijze waarop de verantwoordelijkheden binnen de maatschap waren geregeld en verdeeld, ieder van de maatschapsleden betrokken is geweest bij het bepalen van het beleid dat werd gevoerd ten aanzien van de zorg aan klaagster en dat ieder van hen tenminste één dag van die week aan dit beleid invulling en uitvoering heeft gegeven. In beroep stelt de gynaecoloog dat hij op geen enkele wijze betrokken is geweest bij de bevalling van klaagster en dat het medisch tuchtrecht ziet op het persoonlijk handelen/nalaten van de hulpverlener. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt echter dat wanneer een maatschap van artsen de praktijkvoering zo inricht dat niet een arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een bepaalde patiënt, maar deze verantwoordelijkheid in feite collectief gedragen wordt, iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor de praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt gevoerde beleid. Dat betrokkenheid bij de organisatie kan resulteren in een tuchtrechtelijk verwijt - indien de organisatie gebrekkig blijkt - kan tevens worden afgeleid uit een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege uit 2013⁴⁸¹. Hierin oordeelde het college dat voor zover in dit geval sprake is geweest van een fout van de assistente die is terug te voeren op een onvoldoende instructie of begeleiding vanuit de organisatie van de huisartsenpost, niet is gebleken dat de arts bij die organisatie zodanig was betrokken dat uit die betrokkenheid een (mede)verantwoordelijkheid voortvloeide waarop hij tuchtrechtelijk als arts kan worden aangesproken. Een ander voorbeeld is de zaak⁴⁸² tegen drie cardiologen die een maatschap vormden in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse. Het hoge sterftecijfer en het achterwege laten van calamiteitenmeldingen waren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) reden voor onderzoek. In de tuchtklacht die volgt, maakt de IGZ de maatschap het verwijt dat zij zowel in de wijze waarop de maatschap was georganiseerd en functioneerde als in de wijze waarop door de maatschap aan patiënten cardiologische zorg werd verleend ernstig tekortgeschoten is. De IGZ constateert dat de tekortkomingen diep geworteld waren in de maatschap als zodanig. De IGZ stelt voorts dat de verleende cardiologische zorg niet tot één persoon is te herleiden en er onder deze omstandigheden sprake is van een individuele tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van ieder van de drie aangeklaagde cardiologen voor het collectieve falen van de maatschap. Het tuchtcollege stelt voordat het de zaak inhoudelijk beoordeelt een aantal zaken voorop die volgens het college vooral de organisatie en het functioneren van de maatschap betreffen en essentieel zijn om de continuïteit van een kwalitatief goede zorgverlening door de individuele leden van een maatschap aan patiënten te kunnen waarborgen. Zo stelt het tuchtcollege dat in een tijd van steeds complexer wordende patiëntenzorg met betrokkenheid van verschillende specialismen en hulpverleners, het van

⁴⁸¹ CTG 18 juni 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG3017.

⁴⁸² CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:98, CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:99, CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:100.

belang is om goede en voor alle hulpverleners heldere randvoorwaarden af te spreken en deze ook na te komen. Hierbij wordt verwezen naar de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (zie hierover ook paragraaf 5.6). Vervolgens wijst het tuchtcollege op het belang van deugdelijke dossiervoering, juist om de continuïteit en de kwaliteit van de zorg te verzekeren, en geeft hierbij aan dat dit niet voor niets verplicht is in art. 7:454 BW. Daarnaast stelt het tuchtcollege vast dat overgangsmomenten gestructureerd en doelmatig moeten zijn en dat dit ook geldt voor de communicatie met andere hulpverleners, onder wie huisartsen, verpleegkundigen en specialisten. Tot slot stelt het college vast dat de taakverdeling van individuele leden van een maatschap onderling goed en helder moet zijn geregeld en vastgelegd. Hier valt tevens onder de supervisie van de arts-assistenten.

Een andere uitspraak⁴⁸³ laat zien, dat verantwoordelijkheid voor de organisatie tot een tuchtrechtelijke veroordeling kan leiden voor de beroepsbeoefenaar met een bestuurlijke of leidinggevende functie op grond van de tweede tuchtnorm, wanneer het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. De redactie van *Medisch Contact* merkt in haar commentaar bij deze uitspraak op dat relevant in deze uitspraak is dat hieruit volgt dat een bestuurder met een BIG-registratie wel degelijk kan worden aangeklaagd voor een (be)handeling waarbij hij niet rechtstreeks betrokken is geweest.⁴⁸⁴ In een meer recente zaak⁴⁸⁵ oordeelt het tuchtcollege wel dat hierbij terughoudendheid dient te worden betracht omdat een zorgverlener in zijn (zorg)managementfunctie een bepaalde mate van beleidsvrijheid toekomt, ook als de keuzes die hij als (zorg)manager maakt gevolgen kunnen hebben voor de individuele zorgverlening. Deze terughoudendheid neemt met zich mee dat hij behoudens bijzondere omstandigheden niet verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische administratie. Wel kan hij verantwoordelijk worden gehouden voor een deugdelijk beheer hiervan.

Recentelijk zijn meerdere uitspraken⁴⁸⁶ gewezen die zien op het hoofdbehandelaarschap. De hoofdbehandelaar is naast zijn eigen zorgtaken belast met de regie van de behandeling. Dit betekent dat hij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg aan de desbetreffende patiënt alsook centraal aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naasten.⁴⁸⁷ De verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar beperkt zich tot het zorgproces in de eigen

⁴⁸³ CTG 26 maart 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2768, *Medisch Contact* 19 juni 2013/7, p. 388-389 (Ook arts-bestuurder valt onder het tuchtrecht).

⁴⁸⁴ *Medisch Contact* 19 juni 2013, nr. 7, p. 388.

⁴⁸⁵ CTG 2 februari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:50, *Medisch Contact* 29 juni 2017/26, p. 30-31.

⁴⁸⁶ RTG 5 juli 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:74, RTG 15 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS: 2017, RTG 25 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:26, RTG 16 januari 2017, ECLI:NL:TGZREIN:2017:12, RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

⁴⁸⁷ Zie onder meer: CTG 17 april 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG1953, CTG 11 december 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:384, *Medisch Contact* 28 januari 2015/5, RTG 25 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:26, RTG 16 januari 2017, ECLI:NL:TGZREIN:2017:12.

instelling.⁴⁸⁸ Daarnaast heeft de hoofdbehandelaar een bijzondere rol in overdrachtssituaties. Illustratief hierbij is het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege te Groningen⁴⁸⁹. Na een heupoperatie bij een patiënt met Alzheimer verslechtert diens gezondheidssituatie snel en wordt besloten de patiënt naar huis te laten gaan, waar begonnen zou worden aan palliatieve sedatie. De zaken die hiervoor nodig waren, zouden vanuit het ziekenhuis geregeld worden. Eenmaal thuis bleek er geen thuiszorg en medicatie aanwezig te zijn. De huisarts heeft er vervolgens voor gezorgd dat er die avond toch nog met palliatieve sedatie kon worden gestart. Klaagsters verwijten de hoofdbehandelaar verbonden aan het ziekenhuis dat hij onzorgvuldig en onveilig heeft gehandeld door de patiënt naar huis te laten gaan, terwijl geen thuiszorg en medicatie was geregeld. Het Regionaal Tuchtcollege oordeelt in deze zaak dat op de hoofdbehandelaar een taak ligt om de continuïteit van zorg voor een patiënt ook na het ontslag te waarborgen.⁴⁹⁰ Hij had een vinger aan de pols moeten houden dan wel het ontslag moeten uitstellen totdat hij zeker wist dat een en ander goed geregeld was.

5.9.2 Uitspraken tuchtrecht: een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg

Een tuchtrechtelijke veroordeling zal slechts volgen indien de hulpverlener een persoonlijk verwijt kan worden gemaakt. Bovengenoemde uitspraken laten zien dat tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid verder gaat dan het uitvoeren van het eigen takenpakket. Men dient zorg af te stemmen met andere zorgaanbieders. Communicatie is daarbij een belangrijk vereiste. Leidt een gebrek aan communicatie tot gebrekkige samenhangende zorg, dan kan de individuele hulpverlener een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Afstemming betekent echter niet dat het door een voorganger ingezette beleid altijd dient te worden voortgezet. De besproken uitspraken laten zien dat de hulpverlener de situatie zelf moet beoordelen en in veel situaties het oordeel en handelen van andere hulpverleners moet controleren.

Denkbaar is dat voor de zorgaanbieders in een netwerk op basis van uitspraken uit het tuchtrecht een civielrechtelijke plicht tot afstemming en samenwerking wordt aangenomen. Een civielrechtelijke plicht die wordt gevormd door tuchtrechtelijke uitspraken is primair van toepassing op individuele hulpverleners. Het tuchtrecht stelt immers normen ten aanzien van het handelen van natuurlijke personen. Dit betekent dat deze plicht slechts betekenis krijgt indien een hulpverlener die de zorg in persoon verleent niet conform deze plicht handelt. Dit in tegenstelling tot de Wkkgz waarin de afstemmingsplicht bij de instelling en daarmee bij de organisator van de zorg ligt.

⁴⁸⁸ De Lint 2017, p. 11, RVS 2017, p. 36.

⁴⁸⁹ RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

⁴⁹⁰ RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

5.9.3 Uitspraken tuchtrecht: toepassing op verschijningsvormen van zorgnetwerken

Uitspraken uit het tuchtrecht kunnen in een concrete situatie privaatrechtelijke betekenis hebben. Er zijn geen uitspraken binnen het tuchtrecht die expliciet zien op de situatie dat zorgaanbieders uit een van de netwerken besproken in hoofdstuk 3 gebrekkige samenhangende zorg verlenen. Omdat juist binnen zorgnetwerken afstemming en samenwerking van groot belang zijn, zijn de uitspraken uit het tuchtrecht mogelijk wel richtinggevend voor zorgaanbieders die participeren binnen een zorgnetwerk.

De besproken uitspraken zullen echter slechts leiden tot civiele aansprakelijkheid in het geval er sprake is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een van de besproken zorgnetwerken, indien de omstandigheden voldoende vergelijkbaar zijn. Zo zou bijvoorbeeld beargumenteerd moeten kunnen worden waarom de organisatie van een maatschap waarover een uitspraak is gedaan, vergelijkbaar is met een *zorggroepnetwerk*.

5.9.4 Rechtspraak: Tussenconclusie

De vorige paragrafen laten zien dat op basis van uitspraken van het tuchtcollege voor de gezondheidszorg een afstemmingsplicht rust op individuele hulpverleners. Noemenswaardig is dat het tuchtrecht, hoewel de individuele verantwoordelijkheid het uitgangspunt is, een verantwoordelijkheid erkent die verder gaat dan de verantwoordelijkheid voor de eigen zorgverlening aan de patiënt. Zo kan men ook een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt indien als gevolg van gezamenlijk beleid een patiënt onvoldoende zorg krijgt. Er zijn geen uitspraken gewezen die specifiek gaan over gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk. Of het tuchtrecht in een concreet geval invulling zal geven aan een civiele norm voor aansprakelijkheid is mede afhankelijk van het antwoord op de vraag of de feiten voldoende vergelijkbaar zijn. Wel kan met enige voorzichtigheid een aantal concrete aanwijzingen uit tuchtrechtspraak worden herleid voor de invulling van een norm tot afstemming en samenwerking in de zorg. De besproken zaken zien grotendeels op de afstemming en samenwerking tussen hulpverleners werkzaam binnen verschillende instellingen. Deze aanwijzingen zijn daarom relevant voor de invulling van een transmurale afstemmingsplicht. Het gaat om de volgende aanwijzingen:

- Men is verplicht onder bepaalde omstandigheden contact op te nemen met andere hulpverleners. Dit is bijvoorbeeld het geval als men (de dosering van) medicijnen wijzigt en het gaat om een patiënt met een gecompliceerde problematiek en men weet dat

door meerdere hulpverleners medicijnen worden voorgeschreven⁴⁹¹ of als men twijfels heeft bij een reeds ingezette behandeling door een collega.⁴⁹²

- Men kan niet blindvaren op (computergestuurde)systemen die de veiligheid in de zorg dienen te waarborgen.⁴⁹³
- Goede afstemming betekent dat er directe communicatie dient plaats te vinden met de patiënt en diens familie, en ook met de hulpverleners die de patiënt dagelijks zien en verzorgen.⁴⁹⁴
- Goede afstemming betekent niet dat je zonder meer op het oordeel van een collega mag vertrouwen. Hulpverleners hebben een individuele verantwoordelijkheid als het gaat over het stellen van de juiste diagnose, de juiste dosering van een bepaald medicijn en ten aanzien van de kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt. Hierbij hoort veelal een proactieve houding.⁴⁹⁵
- De hoofdbehandelaar is naast zijn eigen zorgtaken belast met de regie van de behandeling binnen de instelling. Dit betekent dat hij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg aan de desbetreffende patiënt alsook centraal aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naasten.⁴⁹⁶ Daarnaast heeft de hoofdbehandelaar een bijzondere rol in overdrachtssituaties. Op de hoofdbehandelaar ligt een taak om de continuïteit van zorg voor een patiënt ook na het ontslag te waarborgen.⁴⁹⁷

5.10 Conclusie

De norm van ‘goed hulpverlener’ zoals in art. 7:453 BW is ‘open’ geformuleerd en dient verder te worden ingevuld door wet- en regelgeving, zelfregulering en rechtspraak. Hiermee wordt een wettelijke grondslag gecreëerd voor een intramurale alsook transmurale afstemmingsplicht; dus een afstemmingsplicht die ziet op afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders in het netwerk.

⁴⁹¹ Zie CTG 4 september 2007, *Medisch Contact* 2 november 2007/44, p. 1826-1827 (Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars).

⁴⁹² RTG Eindhoven 15 maart 2017, *Medisch Contact* 1 juni 2017/22 (Basisarts passeert psychotherapeut).

⁴⁹³ CTG 4 september 2007, *Medisch Contact* 2 november 2007/44, p. 1826-1827 (Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars).

⁴⁹⁴ RTG 21 maart 2006, *Medisch Contact* 7 november 2006/45, p. 1810-1811 (Eén patiënt en veel solisten).

⁴⁹⁵ RTG 21 maart 2006, *Medisch Contact* 7 november 2006/45, p. 1810-1811 (Eén patiënt en veel solisten), RTG Eindhoven 14 maart 2007 *Medisch Contact* 28 augustus 2007/26, p. 1126-1127 (Neuroloog zet huisarts op verkeerde been), CTG 10 juni 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0363, *Medisch Contact* 9 september 2010/36 p. 1756-1758 (Niet varen op andermans diagnose), RTG 's-Gravenhage 7 augustus 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2288, RTG 's-Gravenhage 18 maart 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:33, CTG 21 juni 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2154, RTG Zwolle 29 maart 2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1882, RTG 's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2602 en CTG 26 mei 2016, ECLI:NL:TGZCTG: 2016:196.

⁴⁹⁶ RTG 5 juli 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:74, RTG 15 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS: 2017, RTG 25 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:26, RTG 16 januari 2017, ECLI:NL:TGZREIN:2017:12, RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

⁴⁹⁷ RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

Met de Wkkgz werd een expliciete wettelijke afstemmingsplicht in de zorg beoogd. De Wkkgz legt een afstemmingsplicht neer bij de zorgaanbieder die tevens instelling is. Het gaat hier om een afstemmingsplicht binnen de instelling. De afstemmingsplicht ziet in beginsel dus enkel op intramurale zorg en dus niet op afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders in het netwerk. Een uitzondering hierop is het *zorggroepnetwerk*. De zorggroep is een instelling in de zin van de Wkkgz. Mijns inziens volgt hieruit de verplichting voor de zorggroep afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders in het *zorggroepnetwerk* te organiseren (een “transmurale” afstemmingsplicht).

De afstemmingsplicht zoals in de Wkkgz opgenomen, ziet op het organiseren van de zorg: *toedeling van taken en verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten*, met als doel het verlenen van goede zorg. De norm is verder weinig richtinggevend en concreet geformuleerd.

Aanvankelijk leek hoog te worden ingezet door in het programma dat zeven rechten voor de patiënt formuleert een recht op afstemming tussen zorgverleners op te nemen. Door dit recht te reduceren tot de afstemmingsplicht zoals deze nu is neergelegd in de Wkkgz, heeft de wetgever mijns inziens een kans laten liggen een duidelijke wettelijke basis te geven voor een plicht tot afstemming en samenwerking in de zorg. Doordat de afstemmingsplicht die op de zorgaanbieders in het netwerk rust in beginsel slechts ziet op intramurale zorg, heeft deze plicht slechts beperkte betekenis voor het netwerk. Door middel van reflexwerking van art. 3 Wkkgz kan mogelijk betekenis worden gegeven aan de afstemmingsplicht uit de Wkkgz in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk.

Een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking krijgt ook invulling met behulp van zelfregulering.

De Handreiking dient te worden gezien als een nadere uitwerking van de Wkkgz (zie paragraaf 5.2). De Handreiking heeft een breder toepassingsbereik dan de Wkkgz want ziet niet alleen op intramurale zorg, maar ook op transmurale zorg. De Wkkgz geeft mijns inziens daarom slechts een grondslag voor de afstemmingsplicht uit de Wkkgz voor zover deze ziet op intramurale zorg. De Handreiking is echter niet alleen een verdere uitwerking van de Wkkgz, maar geeft ook direct invulling aan de norm van ‘goed hulpverlener’ van art. 7:453 BW.

De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van de Handreiking wordt neergelegd bij de betrokken zorginstelling, maar de individuele hulpverlener (de Handreiking hanteert de term individuele zorgverlener) is ook aanspreekbaar op het niet naleven van de aandachtspunten uit de Handreiking. De afstemmingsplicht zoals die in de Handreiking geeft aandachtspunten voor

afstemming en samenwerking in de zorg. Zo dient de zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject op grond van aandachtspunt 4 zich ervan te vergewissen dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. De Handreiking is concreter en meer richtinggevend dan de Wkkgz, maar is bijvoorbeeld niet zo concreet dat ook duidelijk wordt wat dan die concrete gegevens zijn waarover dient te worden geïnformeerd.

LESA's en LTA's zouden een concretere uitwerking moeten geven aan een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. De benaming van deze zelfreguleringsinstrumenten doet immers vermoeden dat zij samenwerkingsafspraken inhouden, die bovendien zijn gericht op een patiëntengroep met een bepaalde aandoening of ziekte. LESA's en LTA's bieden echter enkel landelijke uitgangspunten voor het maken van werkafspraken binnen de regio.

Het tuchtrecht biedt enige concrete invulling aan een transmurale afstemmingsplicht. Het tuchtrecht erkent een verantwoordelijkheid die verder gaat dan de verantwoordelijkheid voor de eigen zorgverlening aan de patiënt. Zo kan men ook een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt indien als gevolg van gezamenlijk beleid een patiënt onvoldoende zorg krijgt. Daarnaast laat de casuïstiek zien dat een afstemming binnen de (transmurale) zorg van belang is en dat een afstemmingsplicht als zodanig wordt erkend.

De afstemmingsplicht zoals deze kan worden herleid uit de Wkkgz, zelfregulering en rechtspraak rust slechts op degene die zorg verleent. Ook de norm van 'goed hulpverlener' normeert de gedragingen van hulpverleners en ziet dus op personen die zorg verlenen. De hulpverlener verbindt zich immers conform art. 7:446 BW tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Dit brengt met zich mee dat deze afstemmingsplicht niet rust op organisaties binnen het netwerk die zelf geen zorg verlenen zoals een zorgondersteunende organisatie. Voor deze organisaties geldt dat een eventuele afstemmingsplicht dient te worden afgeleid uit algemene normen voor aansprakelijkheid.

6 Toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is omschreven in hoeverre op de zorgaanbieders binnen de drie verschijningsvormen van netwerken (het *zorggroepnetwerk*, het *gefaciliteerde netwerk* en het *acutezorgnetwerk*) een plicht rust ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. In dit hoofdstuk wordt nagelopen in hoeverre toedeling van aansprakelijkheid mogelijk is in het geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een van deze netwerken. Ik gebruik hier de term toedeling en niet de term toerekening omdat de term toerekening een beperktere (juridische) betekenis heeft. Toedeling van aansprakelijkheid heeft in dit onderzoek betrekking op de vraag *wie* aansprakelijk kan worden gesteld.

Bijzonder aan het zorgnetwerk is dat zorg door meerdere partijen in samenhang wordt verleend. Daarom wordt niet alleen gekeken of toedeling van aansprakelijkheid mogelijk is aan de zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt zorg hebben verleend, maar wordt ook nagelopen in hoeverre aansprakelijkheid kan worden toegedeeld aan de zorgaanbieders die de patiënt geen zorg hebben verleend, maar wel tot het netwerk behoren. Ook wordt nagegaan of de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ aansprakelijkheid kan worden toegedeeld. In deze analyse wordt dus uitgegaan van drie mogelijke aansprakelijke partijen:

1. De zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt zorg hebben verleend
2. De zorgaanbieders die de patiënt geen zorg hebben verleend, maar wel tot het netwerk behoren
3. De zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ

Hierbij worden de volgende grondslagen voor aansprakelijkheid/rechtsfiguren getoetst:

- Art. 6:74 BW (tekortkoming)
- Art. 6:162 BW (onrechtmatige daad)
- Art. 6:76 BW (aansprakelijkheid voor hulppersonen), art. 6:170 BW (aansprakelijkheid voor ondergeschikten) en art. 6:171 BW (aansprakelijkheid voor niet-ondergeschikten)
- Art. 7:462 BW (centrale ziekenhuisaansprakelijkheid)
- Art. 6:166 BW (groepsaansprakelijkheid)
- Art. 7A:1655 BW (maatschap)

6.2 Art. 6:74 BW en art. 6:162 BW en derden, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

Zoals in hoofdstuk 4 weergegeven, zijn de belangrijkste grondslagen voor civiele medische aansprakelijkheid art. 6:74 BW dan wel art. 6:162 BW. Zowel in het geval van een tekortkoming als in het geval van een onrechtmatige daad dient de norm verder te worden ingevuld met de norm van ‘goed hulpverlener’, neergelegd in art. 7:453 BW. In hoofdstuk 5 toon ik aan dat deze ‘open’ norm ook wordt ingekleurd door een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking binnen de zorg; een plicht die rust op de zorgaanbieders binnen het netwerk. Deze plicht rust zowel op de zorgaanbieders met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft als op de zorgaanbieders die de patiënt feitelijk zorg verlenen (zie paragraaf 4.2). In deze paragraaf zal worden nagelopen in hoeverre toedeling van aansprakelijkheid op basis van deze grondslagen mogelijk is in het geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door het netwerk. Hierbij wordt verder gekeken dan de tweerelatie die de patiënt heeft met de verschillende partijen binnen het netwerk. Er wordt nagelopen of op basis van genoemde grondslagen aansprakelijkheid kan worden aangenomen in meerpartijenverhoudingen. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij het ‘leerstuk’ overeenkomst en derden. Ik beperk me in deze paragraaf tot handelingen die moeten worden gezien als ‘eigen gedragingen’. De figuren die het huidige Nederlandse recht kent en die zien op de aansprakelijkheid voor het handelen van anderen bespreek ik in paragraaf 6.3.

6.2.1 Art. 6:74 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk

Aansprakelijkheid voor schade als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg vereist ten minste:

1. een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de aangesproken partij, en;
2. dat deze partij haar plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg heeft geschonden.

Art. 6:74 BW, grondslag voor aansprakelijkheid voor zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt zorg hebben verleend

Indien een zorgaanbieder een patiënt zorg biedt, zal hier veelal een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan ten grondslag liggen (art. 7:446 BW).⁴⁹⁸ Voor een geneeskundige behandelingsovereenkomst gelden evenals voor de overeenkomst van opdracht geen vormvereisten. Doorgaans komt een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand zonder schriftelijk contract.⁴⁹⁹ Soms kan het (mede daarom) onduidelijk zijn met wie de patiënt

⁴⁹⁸ Zie voor de uitzonderingen hierop paragraaf 4.2.

⁴⁹⁹ Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/400, (zie over de geneeskundige behandelingsovereenkomst ook paragraaf 4.2).

een behandelingsovereenkomst heeft gesloten, bijvoorbeeld wanneer zorg wordt geboden door een waarnemer.⁵⁰⁰ In 1997 heeft de Hoge Raad een uitspraak⁵⁰¹ gedaan die richtinggevend kan zijn bij de vraag met wie een behandelingsovereenkomst is gesloten in het geval van waarneming. In cassatie speelt de vraag of de waarnemer kan worden beschouwd als hulppersoon van de eigen tandarts. Daarvoor moet tussen de patiënt en de eigen tandarts een behandelingsovereenkomst hebben bestaan en moet vaststaan dat de eigen tandarts ter uitvoering van deze overeenkomst de hulp van de waarnemer heeft gebruikt. Of tussen de eigen tandarts en de patiënt een overeenkomst tot stand is gekomen, volgt uit hetgeen partijen over en weer uit elkaars gedragingen hebben afgeleid en in de gegeven omstandigheden hebben mogen afleiden.⁵⁰² Van belang hierbij is dat een behandelingsovereenkomst door de patiënt in het algemeen zal worden aangegaan in verband met het vertrouwen dat hij stelt in de persoon van de behandelaar zelf. Waarneming door artsen en tandartsen komt in veel vormen voor. In dit geval ging het om een langdurige waarneming. Het vertrouwensaspect zal dan eerder in de richting van een overeenkomst met de behandelende waarnemer wijzen dan in die van een overeenkomst met de waargenomene, die met de patiënt geen contact heeft.⁵⁰³ De rol die dit vertrouwensaspect speelt, kan worden doorgetrokken naar netwerksituaties. De patiënt die zorg krijgt van een netwerk heeft direct contact met de zorgaanbieders die hem feitelijk zorg verlenen en heeft veelal geen wetenschap van het bestaan van het netwerk. Uit die omstandigheid mag de patiënt opmaken dat er een behandelingsovereenkomst bestaat tussen hem en deze zorgaanbieders afzonderlijk.

In bepaalde situaties van gebrekkige samenhangende zorg zal de patiënt meerdere zorgaanbieders aansprakelijk kunnen houden voor de schade op grond van art. 6:74 BW omdat deze is terug te voeren op de schending van een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in een contractuele verhouding door meerdere zorgaanbieders. Dit zal voornamelijk het geval zijn indien de schade het gevolg is van het niet naleven van concrete protocollaire handelingsvoorschriften met betrekking tot afstemming en samenwerking. Deze zorgaanbieders zijn dan hoofdelijk verbonden en gehouden de gehele schade te vergoeden (art.

⁵⁰⁰ Ook indien de patiënt een behandeling krijgt in een ziekenhuis kan onduidelijk zijn wie zijn wederpartij is: is de behandelingsovereenkomst gesloten met het ziekenhuis of met de hulpverlener werkzaam in het ziekenhuis? De centrale ziekenhuisaansprakelijkheid van art. 7:462 BW biedt een oplossing als bij de behandeling in het ziekenhuis een fout is gemaakt, Asser/Tjong Tjin Tai 2014/402, zie uitgebreider over de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid paragraaf 6.4.

⁵⁰¹ HR 10 januari 1997, ECLI:NL:HR:1996:ZC2224, NJ 1998/544 (Praktijkwaarnemer).

⁵⁰² Vgl. HR 8 september 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA7041, NJ 2000/734 (Baby Joost) voor de vraag of ouders partij zijn bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst die ten behoeve van hun minderjarige kind is gesloten en HR 8 januari 2010, ECLI:NL:HR:2010:BK0163, NJ 2010/43 voor de vraag of een advocaat op grond van art. 6:76 BW aansprakelijk is voor de door hem ingeschakelde advocaten in het buitenland of dat hij gevolmachtigd vertegenwoordiger is namens zijn cliënt. Ook in deze zaken oordeelt de Hoge Raad dat de Haviltex-maatstaf dient te worden toegepast. Het komt dus neer op wat partijen over en weer hebben verklaard en uit elkaars gedragingen, overeenkomstig de zin die zij daaraan in de gegeven omstandigheden mochten toekennen, hebben afgeleid.

⁵⁰³ HR 10 januari 1997, ECLI:NL:HR:1996:ZC2224/NJ 1998/544 (Praktijkwaarnemer), r.o. 3.3.

6:102 lid 1 BW) ook als niet duidelijk is door wiens handelen de schade is veroorzaakt (art. 6:99 BW).⁵⁰⁴

In een aantal andere situaties zal toedeling van aansprakelijkheid problematisch zijn. Gebrekkige afstemming en samenwerking is niet altijd toe te wijzen aan een bepaalde partij, maar is het gevolg van de samenhang en interactie tussen de verschillende partijen binnen het netwerk. Dit is bijvoorbeeld het geval indien gebrekkige samenhangende zorg een optelsom is van kleine foutjes, waardoor mogelijk geen van de zorgaanbieders afzonderlijk in strijd met de civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid heeft gehandeld. Toedeling van aansprakelijkheid is in een dergelijk geval onmogelijk.

Een succesvol beroep op art. 6:74 BW vereist inzicht in de feitelijke situatie en het ontstaan van de schade. Juist in een netwerksituatie zal dit niet altijd het geval zijn, waardoor mogelijk de verkeerde zorgaanbieder aansprakelijk wordt gesteld. Een situatie waarin dit bijvoorbeeld tot problemen kan leiden, is in het geval waarin geen of niet alle zorgaanbieders uit het netwerk met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft hun zorgplicht hebben geschonden. Zo heeft bijvoorbeeld in een concreet geval de spoedeisende hulp (SEH) mogelijk geen invloed gehad op de gebrekkige communicatie tussen de huisarts en het ambulancepersoneel, waardoor de SEH geen verwijt kan worden gemaakt. Een vordering jegens de SEH zal de patiënt niets opleveren. In een dergelijke situatie kan de patiënt mogelijk wel succesvol de betreffende huisartsenmaatschap of de betreffende regionale ambulancevoorziening (RAV) aanspreken. Inzicht in de toedracht en het ontstaan van de schade is hierbij wel van belang. Hier kan een vergelijking worden gemaakt met de situatie binnen het ziekenhuis voor de invoering van de centrale aansprakelijkheid van ziekenhuizen, neergelegd in art. 7:462 BW. De complexe verhoudingen binnen het ziekenhuis maakten het voor de patiënt vaak lastig de juiste persoon aan te spreken indien er een medische fout werd gemaakt. In paragraaf 6.4 zal nader worden ingegaan op de centrale aansprakelijkheid voor ziekenhuizen en zal de mogelijke betekenis hiervan voor het zorgnetwerk worden besproken.

Een andere belemmering is mogelijk het ontbreken van een duidelijke norm en invulling van art. 7:453 BW. Uit hoofdstuk 5 volgt dat niet altijd helder is hoe de plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in het concrete geval invulling krijgt. In situaties waarin schade het gevolg is van gebrekkige samenhangende zorg, maar dit handelen niet is terug te voeren op het schenden van concrete handelingsvoorschriften, valt men terug op een zeer algemene norm ten aanzien

⁵⁰⁴ Vgl. Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-II) 2013/91 e.v. en 133 e.v., voorbeelden uit de rechtspraak waarin meerdere partijen hoofdelijk aansprakelijk zijn, zijn: HR 9 oktober 1992, ECLI:NL:HR:1992:ZC0706, *NJ* 1994/535 (DES), alternatieve veroorzaking, en HR 24 december 1999, ECLI:NL:HR:1999:AA4004, *NJ* 2000/351 (Nugteren Meskens), samenwerkende oorzaken.

van afstemming en samenwerking in de zorg. Deze norm biedt niet altijd voldoende aanknopingspunten hier gedragingen van zorgaanbieders in het concrete geval aan te toetsen.

Art. 6:74 BW, grondslag voor aansprakelijkheid van zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt géén zorg hebben verleend

Met de overige zorgaanbieders binnen het netwerk heeft de patiënt geen direct contact. De relatie tussen de patiënt en deze zorgaanbieders is slechts indirect; loopt via de zorgaanbieders die de patiënt wel zorg verlenen. Het aannemen van een behandelingsovereenkomst tussen deze zorgaanbieders en de patiënt ligt daarom ook niet voor de hand.⁵⁰⁵ Deze zorgaanbieders kunnen dus niet worden aangesproken op grond van art. 6:74 BW, omdat een contractuele verhouding tussen hen en de patiënt ontbreekt.

Art. 6:74 BW, grondslag voor aansprakelijkheid van de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ

Bovenstaande geldt ook voor de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ. Deze partijen sluiten zelf geen (geneeskundige behandelings)overeenkomst met de patiënt, waardoor een vordering op grond van art. 6:74 BW is uitgesloten.

6.2.2 Art. 6:162 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk

Aangezien er geen mogelijkheid is de zorgaanbieders die de patiënt geen zorg hebben verleend en de andere partijen betrokken bij het netwerk aan te spreken op grond van art. 6:74 BW wordt in deze paragraaf nagelopen in hoeverre aansprakelijkheid van deze partijen kan worden gebaseerd op art. 6:162 BW.

Art. 6:162 BW, grondslag voor aansprakelijkheid voor zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt géén zorg hebben verleend

Een mogelijke grondslag voor aansprakelijkheid van de zorgaanbieders die de patiënt geen zorg hebben geboden, maar wel tot het netwerk behoren, is art. 6:162 BW. Ook in dit geval dient de aangesproken zorgaanbieder een afstemmingsplicht te hebben geschonden. Het is maar de vraag of hier sprake van zal zijn. De zorgplicht van de zorgaanbieder krijgt immers vorm binnen de kaders van de geneeskundige behandelingsovereenkomst of ontstaat doordat de zorgaanbieder zorg aan de betreffende patiënt verleent of gehouden is zorg aan deze patiënt te verlenen.⁵⁰⁶ Een uitzondering is mijns inziens de situatie waarin de zorgaanbieder de betreffende patiënt géén zorg heeft verleend, maar wel is betrokken bij het beleid binnen en/of de organisatie van het netwerk en de gebrekkige samenhangende zorg een gevolg hiervan is.

⁵⁰⁵ Vgl. HR 10 januari 1997, ECLI:NL:HR:1996:ZC2224, NJ 1998/544 (Praktijkwaarnemer),

⁵⁰⁶ De basis op grond waarvan een zorgaanbieder gehouden is zorg te verlenen, is meestal een behandelingsovereenkomst, maar kan ook een andere zijn, bijvoorbeeld in het geval van een noodsituatie, zie onder meer: Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/400 en Wijne 2014, aant. 6, Wijne 2017 (a), p. 192.

Deze redenering is bovendien in lijn met de uitspraken binnen het tuchtrecht op dit punt (zie paragraaf 5.9.4). Mijns inziens is er in die gevallen ruimte binnen het huidige recht de zorgaanbieder die geen zorg heeft verleend, met succes aan te spreken. Aansprakelijkheid is dan niet terug te voeren op schending van de norm van 'goed hulpverlener' neergelegd in art. 7:453 BW, maar op de algemene normen van civiele aansprakelijkheid uit onrechtmatige daad.

Art. 6:162 BW, grondslag voor aansprakelijkheid van de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ

Het is denkbaar dat de patiënt - die schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg door een *zorggroepnetwerk* verleend - de zorggroep aanspreekt. De zorggroep is immers de entiteit die de zorg binnen het *zorggroepnetwerk* organiseert en mogelijk dat de gebrekkige samenhangende zorg een gevolg is van de schending van een plicht door de zorggroep. Aangezien er geen contractuele relatie is tussen de patiënt en de zorggroep, dient een dergelijke vordering te worden gebaseerd op art. 6:162 BW. Een dergelijke vordering heeft slechts kans van slagen als vaststaat dat de zorggroep een plicht jegens de patiënt heeft geschonden. Zoals volgt uit hoofdstuk 5, rust ingevolge de Wkkgz op de zorggroep enige plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. Deze plicht ziet op de organisatie van afstemming en samenwerking tussen de zorgaanbieders in het netwerk. Toedeling van aansprakelijkheid aan de zorggroep is mogelijk als de gebrekkige samenhangende zorg het gevolg is van de wijze waarop de zorg is georganiseerd door de zorggroep. Zo kan de omstandigheid dat een fout samenhangt met het door de zorggroep voorgeschreven informatiesysteem een aspect zijn dat de kans vergroot dat de zorggroep met succes aansprakelijk kan worden gehouden.

De patiënt die zorg krijgt van een *gefaciliteerd netwerk* heeft geen contractuele relatie met de zorgondersteunende organisatie. Een vordering op grond van art. 6:74 BW is daarmee uitgesloten. Een eventuele vordering op de zorgondersteunende organisatie zal dan ook dienen te worden gebaseerd op art. 6:162 BW. Daar de zorgondersteunende organisatie zelf geen zorg verleent, krijgt de afstemmingsplicht die op haar rust ook geen invulling door de norm van 'goed hulpverlener', de Handreiking en LESA's en LTA's. Voor de vraag of een afstemmingsplicht is geschonden door de zorgondersteunende organisatie valt men dus terug op algemene normen voor aansprakelijkheid. Daar komt bij dat de invloed van de zorgondersteunende organisatie op het netwerk in tegenstelling tot de zorggroep beperkt is. Hoewel de betrokkenheid van veel zorgondersteunende organisaties bij de zorg groot is, is hun invloed op het netwerk beperkt en ligt de afstemmingsplicht primair bij de zorgaanbieders. Een vordering op grond van art. 6:162 BW jegens de zorgondersteunende organisatie heeft mijns inziens weinig kans van slagen.

Wel dient enige aandacht te worden geschonken aan de beloften met betrekking tot afstemming en samenwerking die op verschillende websites van bijvoorbeeld gezondheidscentra worden gedaan (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.2.), beloften die taken veronderstellen die liggen bij de zorgaanbieders die werkzaam zijn binnen het gezondheidscentrum. Het maken van zorginhoudelijke afspraken over afstemming en samenwerking en feitelijke afstemming ligt meer op het bord van de zorgaanbieders dan op de gezondheidscentra die met name een administratieve dan wel facilitaire rol vervullen. Dit neemt niet weg dat de beloften uit hoofde van het gezondheidscentrum worden gedaan. Betoogd kan worden dat het gezondheidscentrum zich als centraal aansprakelijke partij opwerpt in het geval dat gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door het netwerk. Voor de vraag of het gezondheidscentrum een afstemmingsplicht ten aanzien van afstemming en samenwerking jegens de patiënt heeft geschonden, is tevens van belang of de patiënt rechten kan ontleen aan de afspraken die het gezondheidscentrum met de zorgaanbieders over afstemming en samenwerking in de zorg heeft gemaakt. Deze problematiek hangt samen met het 'leerstuk' contract en derden dat aan de orde komt in paragraaf 6.2.4.

De patiënt die gebrekkige samenhangende zorg krijgt van het *acutezorgnetwerk* heeft geen mogelijkheden het ROAZ aan te spreken aangezien op dit overleg geen afstemmingsplicht rust. De leden van het ROAZ zijn zorgaanbieder en kunnen in beginsel dus aansprakelijk worden gesteld voor hun gedragingen. In paragraaf 6.6.2 zal nader worden ingegaan op de vraag of de leden van het ROAZ als samenwerkingsvorm aansprakelijk kunnen worden gehouden. Daarnaast is het denkbaar dat de patiënt het traumacentrum als organisator van de zorg aansprakelijk stelt. Een dergelijke vordering heeft mijns inziens slechts kans van slagen indien de gebrekkige samenhangende zorg het gevolg is van de wijze waarop de zorg is georganiseerd en het traumacentrum hierin duidelijk tekortgeschoten is.

6.2.3 De beperking van het denken in bilaterale relaties

In de vorige paragraaf wordt een eerste aanzet gegeven tot een antwoord op de vraag in hoeverre een patiënt een zorgaanbieder die wel tot het netwerk behoort, maar de betreffende patiënt geen zorg heeft verleend aansprakelijk kan worden gehouden voor gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk. Ook wordt ingegaan op de mogelijkheid de andere partijen die betrokken zijn bij het netwerk aansprakelijk te houden. Omdat de patiënt geen contractuele relatie heeft met deze partijen is een vordering op grond van art. 6:74 BW uitgesloten en dient de vordering te worden gebaseerd op art. 6:162 BW. De hierboven gemaakte analyse gaat uit van de bilaterale relatie tussen de patiënt en zijn (contractuele) wederpartij zonder dat de samenhang met de verdere al dan niet contractuele verhoudingen

binnen het netwerk hierbij wordt meegenomen.⁵⁰⁷ Deze aanpak lijkt voor de hand te liggen.⁵⁰⁸ Het recht gaat immers in beginsel uit van bilaterale verhoudingen.⁵⁰⁹ Daarbij is de relatieve werking van het contract het uitgangspunt.⁵¹⁰ Dit betekent dat een overeenkomst in beginsel slechts partijen bindt en derden niet tot nakoming van een overeenkomst gehouden zijn, en hier verder ook geen rechten aan kunnen ontlelen.⁵¹¹ De verbindende kracht van de overeenkomst en de relatieve contractwerking in samenhang, geven invulling aan het autonomiebeginsel; het grondbeginsel binnen het contractenrecht.⁵¹² In dit verband zou men ook kunnen spreken over partijautonomie (zelfbeschikking) en de hiermee samenhangende contractsvrijheid die met zich meebrengt dat het iedereen vrij staat wel of geen overeenkomst aan te gaan met wie men wil, de inhoud, de vorm, de werking en de voorwaarden van de overeenkomst naar eigen inzicht te bepalen.⁵¹³

Het denken in bilaterale relaties en het strikt handhaven van de relatieve werking van het contract doet echter geen recht aan de werkelijkheid waarin steeds vaker in netwerken wordt gewerkt en partijen directe en indirecte relaties met elkaar aangaan. Ernes en Lamers betogen dat wanneer men zich in het drukke rechtsverkeer begeeft, men er rekening mee dient te houden andere personen op zijn weg te ontmoeten. Ten aanzien van deze andere personen heeft men zowel rechten als plichten.⁵¹⁴ Binnen het huidige recht lijkt de deur dan ook op een kier te staan voor een ruimere toepassing van het contractenrecht.⁵¹⁵ In het huidige Burgerlijk Wetboek is niet, zoals in het oude Burgerlijk Wetboek⁵¹⁶, de relatieve werking van overeenkomsten expliciet opgenomen. Ten gunste en ten laste van derden kunnen in verband met een overeenkomst verbintenissen ontstaan. Wel volgt uit art. 6:1 BW dat hieraan de eis wordt gesteld dat dit uit de wet dient voort te vloeien; dat wil zeggen dat dit bepaaldelijk uit de wet volgt of past binnen het stelsel van de wet en aansluit bij de wel in de wet geregelde gevallen.⁵¹⁷

⁵⁰⁷ Een *whole network*-benadering (zie paragraaf 5.1) ontbreekt hier dus.

⁵⁰⁸ Drion stelt de vraag of het mogelijk is om in de huidige samenleving, of zo men wil: netwerkeconomie, waarin zoveel betrokkenheden, afhankelijkheden en ketenrelaties bestaan, te concluderen dat het niet meer logisch is om in het recht uit te gaan van bilaterale verhoudingen als uitgangspunt of denkkader. Deze vraag wordt niet door hem beantwoord. Drion 2010, p. 777.

⁵⁰⁹ Zie bijvoorbeeld Drion 2010, p. 777, Linssen 1995, p. 1265, Ernes & Lamers 2012 (a), p. 451.

⁵¹⁰ Zie hierover bijvoorbeeld Du Perron 1999, p. 12-13.

⁵¹¹ Du Perron 1999, p. 9, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/518.

⁵¹² Du Perron 1999, p. 9, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/5189.

⁵¹³ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/41, zie hierover tevens Bakels 1996, p. 42.

⁵¹⁴ Ernes & Lamers 2012 (b), p. 29.

⁵¹⁵ Vgl. Lamers 2011, p. 91. Lamers spreekt over de relativiteit van contractswerking die aan erosie onderhevig is nu onze maatschappij zich meer en meer kenmerkt door een verregaande specialisatie van professionals als gevolg waarvan de contracten die deze professionals sluiten steeds vaker deel uitmaken van een complex van overeenkomsten, een gemeenschappelijk voorwerp, een gemeenschappelijk doel en/of een gemeenschappelijke verbintenis.

⁵¹⁶ Zie bijvoorbeeld Du Perron 1999, p. 11 Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/518.

⁵¹⁷ Du Perron 1999, p. 71.

Het argument voor de wetgever om het beginsel van de relatieve werking van het contract uit de wet te schrappen, was dat wettelijke verankering van het beginsel een belemmering zou kunnen vormen bij het ontwikkelen van uitzonderingen hierop binnen de rechtspraak en hier, zoals de praktijk heeft uitgewezen, behoefte aan bestaat.⁵¹⁸ Vranken gaat mijns inziens nog een stapje verder door te stellen dat denken vanuit de partijautonomie dient te worden losgelaten en dat het meer in overeenstemming met de werkelijkheid is wanneer men op voorhand erkent dat men niet kan doen en laten wat men wil, maar dat er tot op zekere hoogte altijd plichten ten opzichte van anderen zijn waar men in het rechtsverkeer mee te maken heeft.⁵¹⁹ Het netwerk en ook het zorgnetwerk moet mijns inziens worden gezien als een bijzondere situatie. Het denken in bilaterale relaties sluit niet aan bij deze werkelijkheid. Het netwerk kenmerkt zich immers door een veelheid van actoren en relaties die zijn ingebed in het grotere geheel van het netwerk. Zo leert de sociale netwerkanalyse ons dat netwerkpartners niet alleen worden beïnvloed door de actoren waarmee zij een directe relatie hebben, maar ook door de relaties die zij met anderen binnen het netwerk hebben (zie paragraaf 2.1.1). Concreet voor het zorgnetwerk geldt dat niet alleen tussen de patiënt en één of meerdere zorgaanbieders een relatie bestaat in de vorm van een behandelingsovereenkomst, maar dat de verschillende zorgaanbieders binnen het netwerk ook relaties met elkaar hebben op basis van afspraken die zij met elkaar hebben gemaakt over de te verlenen zorg of als gevolg van de (samenhangende) zorg die zij feitelijk verlenen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het ROAZ, waarbinnen afspraken worden gemaakt met betrekking tot de acute zorg in een bepaalde regio.

Gezien de ruimte die het huidige systeem biedt, is het relevant na te lopen welke mogelijkheden eventuele doorwerking van de overeenkomst jegens derden kan hebben voor de verhaalspositie van de patiënt die schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk.

In de wet wordt op diverse wijzen uitbreiding van contractwerking jegens derden vormgegeven. Hierbij kan worden gedacht aan figuren waarin de wet uitbreiding hiervan veronderstelt, zoals art. 7a:1612 BW ("koop breekt geen huur"), art. 7:948 BW ("verzekering volgt belang") en art. 6:251 BW (kwalitatief recht) en figuren waarmee de wet uitbreiding van contractwerking mogelijk maakt zoals art. 2:46 BW (vereniging kan rechten voor leden bedingen; vereniging kan, mits de statuten dit uitdrukkelijk bepalen, ten laste van de leden verplichtingen aangaan).⁵²⁰ De

⁵¹⁸ Parl. Gesch. BW Boek 6 1981, p. 916 e.v. vgl. tevens Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III)/518 2014 en Vranken 2002, p. 40, zie ook Vranken 1997 (a), p. 6288.

⁵¹⁹ Vranken 2002, p. 44, zie tevens Vranken 1991 over een meer geïntegreerd aansprakelijkheidsrecht bij wanprestatie en onrechtmatige daad. Vranken geeft in zijn artikel nog eens expliciet aan dat voor de beroepsaansprakelijkheid zowel bij wanprestatie als bij onrechtmatige daad het criterium wordt gehanteerd, de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot mag worden verwacht. Het handelen van de beroepsbeoefenaar wordt buiten contract dus aan dezelfde zorgvuldigheidsnorm getoetst als binnen contract; er wordt dus eenzelfde maatstaf gehanteerd.

⁵²⁰ Deze voorbeelden zijn ontleend aan Du Perron 1999, p. 76 en p. 77.

figuren die in de wet worden genoemd, hebben betrekking op zeer specifieke situaties, situaties die niet vergelijkbaar zijn met de netwerksituaties die in dit onderzoek centraal staan. Tot op heden is het bijzondere karakter van het netwerk voor de wetgever geen reden geweest een eigen wettelijke basis hiervoor te creëren. In de huidige wet bestaat daarom geen passende figuur waarmee de mogelijkheden aansprakelijkheid toe te delen binnen het netwerk worden verruimd. De betekenis voor dit onderzoek van de wel expliciet in de wet geregelde voorbeelden van derdenwerking zijn niet relevant en zullen daarom niet nader worden uitgewerkt.

6.2.4 Contract en derden: vier vormen binnen de rechtspraak

Niet alleen in de wet zijn uitzonderingen te vinden op de relatieve werking van het contract. In de jurisprudentie zijn vier categorieën⁵²¹ aan te wijzen die het 'leerstuk' contract en derden verder invulling geven:

- Derde ondervindt nadeel van 'wanprestatie'⁵²²
- Doorwerking van exoneraties⁵²³
- Derde profiteert van wanprestatie⁵²⁴
- Samenhangende rechtsverhoudingen⁵²⁵

In de nu volgende paragrafen zal nader in worden gegaan op deze categorieën en zal worden nagelopen of aan deze jurisprudentie aanknopingspunten kunnen worden ontleend voor de toedeling van aansprakelijkheid aan andere partijen binnen of betrokken bij het netwerk dan de zorgaanbieder die de patiënt zorg heeft verleend.

⁵²¹ Ik sluit me hier aan bij de vier vormen van contract en derden die Vranken onderscheidt, Vranken 2002. Dit wil niet zeggen dat deze vormen altijd strikt van elkaar kunnen worden gescheiden en er nooit overlap tussen is. Sommige feitencomplexen zijn onder te brengen bij meerdere categorieën.

⁵²² Zie onder meer Du Perron 1999, p. 256 e.v. en Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/522.

⁵²³ Zie onder meer: Du Perron 1999, p. 307 e.v., Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/525, zie ook Asser/Van den Berg (7-VI) 2017/210 e.v., Van Gulijk 2015.

⁵²⁴ Zie onder meer Du Perron 1999, p. 149 e.v., Van Bochove 2013, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/521 e.v..

⁵²⁵ Zie onder meer Linssen 1995, Du Perron 1999, p. 279 e.v., Van Laarhoven 2006 en Van Dongen 2016.

6.2.4.1 Derde ondervindt nadeel van ‘wanprestatie’, de betekenis voor het zorgnetwerk

In 1946 oordeelde de Hoge Raad⁵²⁶ dat:

“wie zich eenmaal contractueel heeft gebonden, - waardoor de contractsverhouding, waarin hij partij is in het rechtsverkeer een schakel is gaan vormen, waarmee de belangen van derden, die aan dit verkeer deelnemen, in allerlei vormen kunnen verbonden worden - ten aanzien van de wijze waarop hij zich ten opzichte van zijn contractuele verplichtingen gedraagt, bij inachtneming van hetgeen in het verkeer betaamt, niet onder alle omstandigheden de belangen mag verwaarlozen, die derden bij de behoorlijke nakoming van zijn contract kunnen hebben.”

Anders geformuleerd: onder omstandigheden kan wanprestatie tevens een onrechtmatige daad opleveren jegens een derde.⁵²⁷

Door de jaren heen zijn er meerdere arresten gewezen die voortborduren op deze uitspraak.⁵²⁸ Zo oordeelt de Hoge Raad in HR 12 oktober 1979 (Radio Modern/Edah)⁵²⁹ dat een huurder erop mag vertrouwen dat andere huurders bepalingen met het oog op de handhaving van de branchebescherming zullen naleven. Beschaming van dit vertrouwen zal in beginsel een vorm van onbehoorlijke concurrentie opleveren en daarmee een onrechtmatige daad jegens medehuurlers. Een vergelijkbaar voorbeeld uit de bouw is HR 29 januari 2012 (Leien dak)⁵³⁰. De onderaannemer dient binnen bepaalde grenzen rekening te houden met de belangen van de opdrachtgever en de opdrachtgever mag er in het algemeen op vertrouwen dat de onderaannemer dat doet.

Een ander voorbeeld is HR 19 juni 2008⁵³¹. In deze zaak huurde Alog sinds 1982 een bedrijfsruimte in Zierikzee van Euro Invest. In de huurovereenkomst was voor Alog de verplichting opgenomen de bedrijfsruimte als supermarkt te gebruiken en van voldoende inventaris te voorzien. Het is vervolgens de vraag of Alog vanaf het moment dat zij haar verplichtingen jegens Euro Invest niet meer nakomt een onrechtmatige daad pleegt jegens een slagerij aan wie zij een ruimte verhuurt binnen hetzelfde pand. Ook in deze zaak oordeelt de Hoge Raad dat onder omstandigheden een contractant zijn gedrag mede dient te laten bepalen door de belangen van een derde. De Hoge Raad geeft vervolgens aan welke omstandigheden zoal een rol kunnen spelen bij dit oordeel:

⁵²⁶ HR 3 mei 1946, NJ 1946/323 (Staat/Degens).

⁵²⁷ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/525, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV)/66a

⁵²⁸ Zie onder meer: HR 12 oktober 1979, ECLI:NL:HR:1979:AC2654 NJ 1980/117 (Radio Modern/Edah), HR 24 september 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO9069, NJ 2008/587 (Vleesmeesters/Alog), HR 20 januari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BT7496 NJ 2012/59 (Leien dak) en HR 14 juli 2017, ECLI:NL:HR:2017:1355, NJ 2017/364 (Visser/Compaen).

⁵²⁹ HR 12 oktober 1979, ECLI:NL:HR:1979:AC2654 NJ 1980/117 (Radio Modern/Edah).

⁵³⁰ HR 20 januari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BT7496 NJ 2012/59 (Leien dak).

⁵³¹ HR 24 september 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO9069, NJ 2008/587 (Vleesmeesters/Alog).

*“de hoedanigheid van alle betrokken partijen, de aard en de strekking van de desbetreffende overeenkomst, de wijze waarop de belangen van de derde daarbij zijn betrokken, de vraag of deze betrokkenheid voor de contractant kenbaar was, de vraag of de derde erop mocht vertrouwen dat zijn belangen zouden worden ontzien, de vraag in hoeverre het voor de contractant bezwaarlijk was met de belangen van de derde rekening te houden, de aard en omvang van het nadeel dat voor de derde dreigt en de vraag of van hem kon worden gevergd dat hij zich daartegen had ingedekt, alsmede de redelijkheid van een eventueel aan de derde aangeboden schadeloosstelling.”*⁵³²

Bovengenoemde uitspraken kunnen mijns inziens van betekenis zijn voor de situatie waarin de patiënt schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk en hiervoor niet de zorgaanbieder wil aanspreken met wie hij een behandelingsovereenkomst heeft, maar een andere partij in het netwerk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de zorggroep in het *zorggroepnetwerk* en de zorgondersteunende organisatie in het *gefaciliteerde netwerk*. Deze partijen hebben geen van beide een overeenkomst met de patiënt, maar hebben wel (contractuele) afspraken met de zorgaanbieders die de patiënt zorg verlenen. In een aantal gevallen hebben deze afspraken direct betrekking op de zorg die wordt verleend en de samenhang hiertussen. Denkbaar is dus dat de gebrekkige samenhangende zorg verleend aan een bepaalde patiënt (mede) het gevolg is van het niet nakomen van deze afspraken door de zorggroep of de zorgondersteunende organisatie. Trekt men de lijn in de rechtspraak door naar het zorgnetwerk dan zou men kunnen betogen dat de patiënt erop mag vertrouwen dat niet alleen de zorgaanbieders met wie hij een behandelingsovereenkomst heeft, maar ook andere betrokken partijen zich houden aan afspraken die zijn gemaakt ten behoeve van de zorg die dient te worden verleend. Zeker in een netwerksituatie zal de rechtsverhouding, die als gevolg van de afspraken tussen de verschillende partijen binnen het netwerk is ontstaan, een schakel gaan vormen waarmee de belangen van derden (patiënten), die aan dit verkeer deelnemen (zorg verkrijgen van het netwerk), in allerlei vormen kunnen worden verbonden. Omstandigheden die hierbij een rol spelen, zijn dat de patiënt hier ondeskundig is en te maken heeft met meerdere professionele partijen. De patiënt is voor zorg afhankelijk van deze partijen. Daarbij gaat het om een groot belang: zijn gezondheid. De patiënt kan slechts goede continue zorg worden verleend als deze partijen afstemmen en samenwerken. Mijns inziens mag de patiënt er daarom op vertrouwen dat de bij de zorg betrokken partijen als de zorggroep en de zorgondersteunende organisatie zich houden aan de afspraken die zij met de zorgaanbieders hebben gemaakt met betrekking tot de zorg die door het netwerk wordt verleend.

⁵³² HR 24 september 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO9069, NJ 2008/587 (Vleesmeesters/Alog) r.o. 3.4.

Vervolgens kan de vraag worden gesteld of de hierboven besproken uitspraken ook aanknopingspunten bieden voor de toedeling van aansprakelijkheid aan de zorgaanbieders uit het netwerk die de benadeelde patiënt geen zorg hebben verleend. In een aantal netwerken zal hiervoor eenzelfde redenering kunnen worden gevolgd als hierboven. Ook zorgaanbieders maken immers afspraken met elkaar over afstemming en samenwerking met betrekking tot de zorg die het netwerk verleent. In theorie is het mogelijk dat het niet naleven van deze afspraken door een zorgaanbieder die de patiënt (nog) geen zorg heeft verleend, kan leiden tot gebrekkige samenhangende zorg. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt die zorg krijgt van een dementienetwerk na een ziekenhuisopname thuis geen begeleiding krijgt bij de inname van zijn medicijnen. Mogelijk dat de thuiszorgorganisatie die de patiënt verzuimd heeft zorg te verlenen hier tekortgeschoten is (vgl. voorbeeld gebrekkige samenhangende zorg verleend door een *gefaciliteerd netwerk*, paragraaf 3.4.4).

Van belang is op te merken dat binnen het *zorggroepnetwerk* afspraken met betrekking tot afstemming en samenwerking niet tussen de zorgaanbieders worden gemaakt, maar worden gemaakt tussen de zorgaanbieders afzonderlijk en de zorggroep. De zorgaanbieders die de patiënt geen zorg verlenen, zijn dus niet, zoals voor de andere verschijningsvormen van netwerken wel geldt, verbonden via de zorgaanbieder die de patiënt wel zorg verleent. De patiënt kan dus ook geen rechten ontlenen aan afspraken die tussen deze zorgaanbieders zijn gemaakt omdat deze er niet zijn.

Belangrijk punt dat nog niet aan bod is gekomen, is of voor toekenning van schadevergoeding aan een derde op grond van een onrechtmatige daad steeds vereist is dat er sprake is van een tekortkoming. Dit is van belang voor netwerksituaties omdat binnen de verschillende verschijningsvormen van de netwerken die ik beschrijf de zorgaanbieders veelal niet contractueel met elkaar zijn verbonden en er tussen hen slechts sprake is van feitelijke samenhang⁵³³. Dit sluit uit dat zorgaanbieders jegens elkaar wanpresteren en dat deze wanprestatie op haar beurt een onrechtmatige daad jegens de patiënt inhoudt. Is een tekortkoming geen hard vereiste voor aansprakelijkheid jegens derden, dan kunnen genoemde uitspraken mogelijk een bijdrage leveren aan een juridisch kader, dat ook in netwerksituaties waar sprake is van feitelijke samenwerking tussen zorgaanbieders, richting kan geven.

Interessant hierbij is de analyse van Van Laarhoven naar aanleiding van *Vleesmeesters/Alog*⁵³⁴. Zij gaat er vanuit dat de Hoge Raad in *Vleesmeesters/Alog* de wanprestatie in de hoofdhuurovereenkomst tot vertrekpunt neemt bij de beoordeling of een eventuele zorgplicht jegens een derde is geschonden. Volgens Van Laarhoven dient echter niet de verhouding tussen

⁵³³ Vgl. HR 29 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2660, NJ 1999/98 (Mooijman/Netjes), zie ook paragraaf 6.2.5.

⁵³⁴ Van Laarhoven 2004.

contractpartijen centraal te staan, maar de verhouding tussen de veroorzaker en de derde. Volgens Van Laarhoven biedt de casus alle aanleiding de aanwezige rechtsverhoudingen van meet af aan in onderlinge samenhang te beoordelen. Het perspectief van de samenhangende rechtsverhoudingen biedt de kans om de juridisch strikt gescheiden rechtsverhoudingen in hun onderlinge betrekkingen te zien en wel die betrekkingen waar het om gaat, waar de werkelijk beslissende feiten en factoren voor de beoordeling liggen. Volgens Van Laarhoven biedt het perspectief van de wanprestatie in de hoofdhuurovereenkomst deze kans ook wel, maar minder overtuigend.⁵³⁵

Een recente uitspraak van de Hoge Raad⁵³⁶ ondersteunt mijns inziens het betoog van Van Laarhoven. De Hoge Raad oordeelt dat in het beoordelingskader bepalend is of de aangesproken partij haar verklaringen en gedragingen ter zake van de overeenkomst waarbij zij partij is, mede dient te laten bepalen door de belangen van de betrokken derde, en dus niet mede vereist is dat de aangesproken partij is tekortgeschoten in de nakoming van de overeenkomst waarbij zij partij is en waarmee de belangen van die derde verbonden zijn. Bij het oordeel of er sprake is van een onrechtmatige daad jegens een derde is dus niet leidend of er sprake is van een tekortkoming.⁵³⁷ Dit vergroot mijns inziens de betekenis die genoemde jurisprudentie voor het netwerk kan hebben.

6.2.4.2 Doorwerking van exonerationen jegens derden, de betekenis voor het zorgnetwerk

Een afzonderlijke categorie binnen het leerstuk contract en derden vormt de doorwerking van exonerationen jegens derden. De mogelijkheid van doorwerking van een exoneration is pas aan de orde indien de derde - hier de patiënt - een vordering heeft op een partij, waarmee hij geen contractuele relatie heeft.⁵³⁸ Binnen het netwerk kan dit een zorgaanbieder zijn waarmee de patiënt geen behandelrelatie heeft of een andere betrokken partij, bijvoorbeeld de zorggroep of het gezondheidscentrum. Denkbaar is dat deze zorgaanbieder of andere partij in het netwerk in haar zorgplicht tekort geschoten is, waardoor de patiënt schade lijdt. Aangenomen dat de patiënt in dit geval een vordering heeft op de deze partij kan de vraag worden gesteld of een eventueel exonerationebeding - dat geldt in de verhouding tussen deze partij en de zorgaanbieder die de patiënt zorg heeft verleend - de patiënt kan worden tegengeworpen. Ik acht dit om meerdere redenen onwaarschijnlijk.

⁵³⁵ Van Laarhoven 2004, p. 59.

⁵³⁶ HR 14 juli 2017, ECLI:NL:HR2017:1355, NJ 2017/364 (Vissers/Compaen).

⁵³⁷ Anders Tjong Tjin Tai in zijn noot bij HR 14 juli 2017, ECLI:NL:HR2017:1355, NJ 2017/364 (Vissers/Compaen). Tjong Tjin Tai is van mening dat indien wanprestatie ontbreekt, het slechts gerechtvaardigd is de zogenaamde 'schakeljurisprudentie' toe te passen indien beoordeeld naar de oorspronkelijke overeenkomst dit handelen wel een tekortkoming en dus geen 'behoorlijke uitvoering' is.

⁵³⁸ Vgl. Du Perron 1999, p. 309.

Het enkele feit dat een partij met een wederpartij een exoneration is overeengekomen, is immers niet voldoende om een derde - in dit geval de patiënt - aan het beding te binden.⁵³⁹ Een exonerationbeding geldt slechts in de relatie met een derde, indien de derde redelijkerwijs diende te begrijpen dat de gebruiker haar prestatie slechts mede ten behoeve van hem wilde verrichten indien hij zou aanvaarden dat dit beding de gevolgen van een gebrek in de prestatie zou beheersen.⁵⁴⁰ Uit HR 13 januari 1979 (Securicor)⁵⁴¹ volgt dat indien een derde geen rekening had hoeven te houden met het bestaan van een exonerationbeding of als op grond van gedragingen of omstandigheden van degene die het beding in het leven heeft geroepen de derde erop mocht vertrouwen dat de betreffende aansprakelijkheidsclausule niet tegenover hem zou gelden, het beding geen doorwerking heeft. Van professionele partijen die mogelijk vaker met elkaar contracteren mag worden verwacht dat zij er rekening mee houden dat de laedens zich op een aansprakelijkheidsbeperkende bepaling beroept.⁵⁴² De patiënt is in zijn geheel geen professionele partij en hoeft met een exoneration ten aanzien van de zorg die hem wordt geboden dus geen rekening te houden.

Een tweede belangrijk punt is dat een hulpverlener zich in zijn directe relatie tot de patiënt ook niet kan exoneren. In art. 7:463 BW is neergelegd dat de aansprakelijkheid van de hulpverlener of het ziekenhuis, indien centraal aansprakelijk conform art 7:462 BW, niet kan worden beperkt of uitgesloten.⁵⁴³ Het exonatieverbod geldt voor handelingen die binnen de reikwijdte van afdeling 7.7.5 BW vallen.⁵⁴⁴ Handelingen die hier buiten vallen, zijn bijvoorbeeld het bieden van parkeergelegenheid of restauratieve voorzieningen aan niet-patiënten.⁵⁴⁵ Het exonatieverbod zoals is neergelegd in art. 7:463 BW geldt echter niet voor de partijen binnen het netwerk die geen zorgaanbieder zijn, bijvoorbeeld de zorggroep of het gezondheidscentrum. Zij verlenen doorgaans zelf geen zorg en zijn dus ook geen hulpverlener in de zin van afdeling 7.7.5 BW. Toch

⁵³⁹ Du Perron 1999, p. 319.

⁵⁴⁰ Du Perron 1999, p. 319.

⁵⁴¹ HR 13 januari 1979, ECLI:NL:HR:1979:AC2298, *NJ* 1979/362 (Securicor). Meer uitspraken met betrekking tot de doorwerking van exonaties jegens derden, zie onder meer: HR 25 maart 1966, ECLI:NL:HR:1966:AC4642, *NJ* 1966/279 (Moffenkit), HR 7 maart 1969, ECLI:NL:HR:1969:AB7416, *NJ* 1969/249 (Gegaste uien), HR 20 juni 1986, ECLI:NL:HR:1986:AD5694, *NJ* 1987/35 (Citronas), HR 9 juni 1989, ECLI:NL:HR:1989:AC0927, *NJ* 1990/40 (Gestolen hammen), HR 21 januari 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA4429, *NJ* 2000/533 (ODS CPS) en HR 26 november 2010, ECLI:NL:PHR:2010:BM9757. Voor een analyse waarin ook lagere rechtspraak met betrekking tot de derdenwerking van exonationbedingen is opgenomen, zie Van Gulijk 2015.

⁵⁴² Van Gulijk 2015, p. 325.

⁵⁴³ Het wetsartikel sluit aan bij hetgeen ook voor de invoering hiervan in de meeste gevallen als rechtens juist werd aangenomen. Aangenomen werd dat de belangen, het leven en de gezondheid die bij de geneeskundige verrichtingen betrokken zijn, en de overwichtspositie die medische beroepsbeoefenaren en een ziekenhuis in de regel innemen, maken - nog afgezien van de mate van schuld - dat een geldig beroep op een in het kader van een behandelingsovereenkomst bedongen aansprakelijkheidsuitsluiting niet spoedig werd aanvaard. *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 45. In de memorie van toelichting wordt verwezen naar HR 14 april 1950, ECLI:NL:HR:1950:AG1970, *NJ* 1951/17. Hierin werd geoordeeld dat een exonationbeding, waarmee een 20-jarige patiënt die leed aan de schadelijke gevolgen van een behandeling werd geconfronteerd, als in strijd met de goede zeden en krachteloos is. Zie hierover tevens Wijne 2017 (a), p. 393.

⁵⁴⁴ Wijne 2017 (a), p. 395, Sluijters & Biesart 2005, p. 136.

⁵⁴⁵ Vgl. Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/458.

denk ik dat ook dan de patiënt niet met succes een exoneratione tegengeworpen zal krijgen. De patiënt is immers ook gewoon consument; hij handelt niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf. Het contractueel uitsluiten van aansprakelijkheid jegens een consument staat op de grijze lijst (art. 6:237 f BW) en wordt hiermee vermoed onredelijk bezwarend te zijn. Een beding dat onredelijk bezwarend is, is ingevolge art. 7:233 sub a BW vernietigbaar.⁵⁴⁶ Ik denk daarom ook niet dat een exoneratione die in beginsel geldt tussen twee professionele partijen doorwerking heeft in de relatie met de patiënt die nadeel ondervindt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk.

6.2.4.3 Profiteren van de wanprestatie van de wederpartij, de betekenis voor het zorgnetwerk

Een derde categorie binnen het 'leerstuk' overeenkomst en derde heeft betrekking op het gebruikmaken van een anders wanprestatie. Dit is, naar geldend recht, in beginsel niet onrechtmatig. De feiten kunnen echter in een concrete situatie aanknopingspunten bieden voor het aannemen van onrechtmatigheid. Hierbij is terughoudendheid geboden.⁵⁴⁷ Een reeks uitspraken⁵⁴⁸ heeft betrekking op de vraag in welke gevallen het profiteren van de wanprestatie van de wederpartij jegens een derde partij onrechtmatig is. Een voorbeeld hiervan is HR 26 januari 2007 (Van de Ven Nuenen BV/Erven Slegers)⁵⁴⁹. In deze zaak gaat het om de verkoop van een stuk grond van de erfgenamen Goosens aan Van de Ven, terwijl Slegers de grond al jaren pacht en ingevolge daarvan een voorkeursrecht had. De vraag is of Van de Ven hiermee onrechtmatig handelt jegens Slegers. In deze uitspraak wordt nogmaals bevestigd dat het handelen met iemand terwijl men weet dat diegene met dit handelen een overeenkomst met een derde schendt, op zichzelf niet onrechtmatig is.⁵⁵⁰ Het is pas onrechtmatig indien de aangesproken partij weet of behoort te weten dat zijn wederpartij door het sluiten van de desbetreffende overeenkomst wanprestatie pleegt, en er bovendien sprake is van bijkomende omstandigheden⁵⁵¹. Deze normen gelden ook als - zoals in het onderhavige geval - op de wederpartij geen verbintenis uit overeenkomst rust, maar een verbintenis uit de wet.

⁵⁴⁶ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014/492.

⁵⁴⁷ Sieburgh 2015, p. 21.

⁵⁴⁸ Voorbeelden zijn: HR 12 januari 1962 *NJ* 1962/246 (Nibeja/Grundig), HR 17 november 1967, ECLI:NL:HR:1967:AC4789, *NJ* 1968/42 (Pos/Van den Bosch), HR 17 mei 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG5024, *NJ* 1986/760 (Curaçao/Boyé), HR 29 januari 1993, ECLI:NL:HR:1993:ZC0845, *NJ* 1994/72 (Vermobo/Van Rijswijk), HR 26 januari 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ1084, *NJ* 2007/78 (Van de Ven Nuenen BV/Erven Slegers), zie meer recent HR 24 maart 2014 ECLI:NL:HR:2014:740, *NJ* 2014/194 (Joba) en HR 3 maart 2015, ECLI:NL:HR:2015:831, *NJ* 2015/479 (Reijnders-Louis/Ribama BV Novitaris).

⁵⁴⁹ HR 26 januari 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ1084, *NJ* 2007/78 (Van de Ven Nuenen BV/Erven Slegers).

⁵⁵⁰ In de uitspraak wordt verwezen naar HR 12 januari 1962 *NJ* 1962/246 (Nibeja/Grundig).

⁵⁵¹ Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de bijzondere vertrouwenspositie die iemand jegens zijn wederpartij inneemt HR 17 november 1967, ECLI:NL:HR:1967:AC4789, *NJ* 1968/42 (Pos/Van den Bosch). Ook kunnen het bestaan van een onderzoeksplicht, nadeel en de voorzienbaarheid van dit nadeel van belang zijn HR 17 mei 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG5024, *NJ* 1986/760 (Curaçao/Boyé).

Bovengenoemde uitspraken bieden geen concrete aanknopingspunten voor de toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk. Wel laten de uitspraken zien dat in sommige gevallen niet alleen een zorgplicht bestaat ten aanzien van de wederpartij, maar men tevens verplichtingen heeft ten aanzien van de relaties van de wederpartij. Voor de beoordeling of een zorgplicht is geschonden, dienen overeenkomsten dus in samenhang te worden bekeken. Deze uitspraken sluiten daarmee beter aan bij een netwerkbenadering - die (zoals reeds is opgemerkt in paragraaf 6.2.3 en paragraaf 2.1.1) uitgaat van een veelheid van actoren en relaties die zijn ingebed in het grotere geheel van het netwerk en leert dat netwerkpartners niet alleen worden beïnvloed door de actoren waarmee ze een directe relatie hebben, maar ook door de relaties die zij met anderen hebben - dan een benadering waarin de focus ligt op bilaterale verhoudingen.

6.2.4.4 Samenhangende overeenkomsten, de betekenis voor het zorgnetwerk

Een vierde categorie vormen de uitspraken⁵⁵² die zien op de samenhang tussen twee overeenkomsten (een huurkoopovereenkomst en een financieringsovereenkomst) en de rechtsgevolgen die deze samenhang kan hebben.⁵⁵³ Het eerste arrest in deze reeks van uitspraken is de uitspraak HR 23 januari 1998 (Jans/FCN).⁵⁵⁴ Deze uitspraak heeft betrekking op de huurkoopovereenkomst van een auto en de kredietovereenkomst die ten behoeve van de betalingsverplichting die hieruit volgt werd gesloten.⁵⁵⁵ Achteraf blijkt de auto een duidelijke schadeauto te zijn waarop de koper van de auto de overeenkomst vernietigt op grond van dwaling dan wel ontbindt op grond van een tekortkoming. De vraag is of beëindiging van de huurkoopovereenkomst ook beëindiging van de financieringsovereenkomst tot gevolg kan hebben. De Hoge Raad oordeelt dat er omstandigheden kunnen zijn op basis waarvan een nauwe feitelijk economische samenhang kan ontstaan. Het gevolg is in die gevallen lotsverbondenheid. Vervalt de huurkoopovereenkomst, dan vervalt ook de financieringsovereenkomst. Belangrijk hierbij is de vraag wanneer in het concrete geval deze verbondenheid kan worden aangenomen. De Hoge Raad oordeelt dat dit moet worden vastgesteld aan de hand van uitleg van de rechtsverhouding in het licht van de omstandigheden: zijn de financieringsovereenkomst en de overeenkomst tussen huurkoper en huurverkoper, zoals in onderhavig geval, (nagenoeg) gelijktijdig en met medewerking van alle drie de genoemde partijen tot stand gekomen? Dit kan bijvoorbeeld blijken uit het feit dat beide overeenkomsten in een akte zijn neergelegd. In dat geval zal bij de uitleg in het bijzonder acht moeten worden geslagen op hetgeen ieder van de drie partijen van de andere partij heeft verwacht en heeft mogen verwachten. Voor de uitleg kan daarnaast van belang zijn of er een

⁵⁵² Zie over deze uitspraken tevens Van Dongen 2016, p. 29-52.

⁵⁵³ Van Dongen schaaft deze categorie in haar proefschrift onder 'groepen van contracten' waarin contracten niet op zichzelf staan, maar deel uitmaken van een groter geheel, Van Dongen 2016, p. 1 e.v.

⁵⁵⁴ HR 23 januari 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2555, NJ 1999/97 (Jans/FCN).

⁵⁵⁵ HR 23 januari 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2555, NJ 1999/97 (Jans/FCN).

vaste betrekking bestond tussen huurkoper en de financier dan wel of de financier regelmatig als zodanig is opgetreden ter zake van huurkoopovereenkomsten die door de huurverkoop zijn gesloten, alsmede of de huurverkoper is opgetreden als gevolmachtigde van de financier, in welk geval wetenschap van de huurverkoper, met name omtrent gebreken in de verkochte zaak, naar de maatstaf van art. 3:66 lid 2 BW, aan de financier moet worden toegerekend.

In lijn met de vorige uitspraak kan HR 14 januari 2000 (Meissner/Arenda)⁵⁵⁶ worden genoemd. In deze zaak gaat het om een zogenaamde ‘tripartite lease-overeenkomst’ met betrekking tot een keuken. Hierbij gaat het echter niet om de vraag of de overeenkomst met de kredietverstrekker kan worden ontbonden. De vraag die in cassatie aan de orde is, is of leasekoper een opschortingsrecht heeft jegens de kredietverstrekker ten aanzien van de betaling van de maandelijkse termijnen vanwege eventuele tekortkomingen van de leverancier van de keuken. De Hoge Raad oordeelt dat wanneer in geval van een nauwe samenhang tussen huurkoopovereenkomst en financieringsovereenkomst, jegens de huurverkoper een opschortingsrecht wordt ingeroepen, dit recht ook kan worden ingeroepen jegens de financier. De Hoge Raad onderbouwt zijn oordeel door te verwijzen naar Jans/FCN en door te stellen dat tussen het opschortingsrecht en de ontbinding van een overeenkomst een nauwe samenhang bestaat aangezien een opschortingsrecht veelal de inleiding vormt op de ontbinding van de overeenkomst. De lotsverbondenheid heeft dus niet alleen betrekking op ontbinding, maar ook op het opschortingsrecht.

Een andere zaak waarin ook de financiering van een keuken centraal staat is HR 10 juli 2009⁵⁵⁷. Bij de koop van de keuken werd namelijk een zogenaamde ‘cashbackovereenkomst’ gesloten die inhield dat de kopers de koopprijs van de keuken onder bepaalde voorwaarden na vijf jaar terug zouden krijgen. De verantwoordelijkheid voor terugbetaling van de koopprijs lag conform de overeenkomst bij het Amerikaanse bedrijf Allstate Acceptance Corporation. Hier speelde de vraag of de kopers recht hadden op terugbetaling van de koopprijs van een keuken gekocht bij Interkeukengilde door Interkeukengilde nu Allstate Acceptance Corporation niet uit zou keren. De Hoge Raad oordeelde dat tussen koopovereenkomst en de cashbackovereenkomst een nauwe samenhang bestaat. Uit deze samenhang volgt echt niet zonder meer dat de verkopers alle verplichtingen uit beide overeenkomsten behoren na te komen. Beslissend daarbij is of de kopers hierop mochten vertrouwen op grond van de aanprijzingen in de advertentie in samenhang met de tekst en de strekking van de onderhavige overeenkomsten. Daarbij komt het niet alleen aan op een taalkundige uitleg van de overeenkomsten in hun onderlinge samenhang met de gehele inhoud van beide overeenkomsten, maar ook op de betekenis die partijen in de gegeven omstandigheden redelijkerwijs aan de desbetreffende bepalingen van de

⁵⁵⁶ HR 14 januari 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA4279, NJ 2000/307 (Meissner/Arenda).

⁵⁵⁷ HR 10 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BI3408, NJ 2010/496 (Interkeukengilde B.V.).

overeenkomsten mochten toekennen en hetgeen men redelijkerwijs van elkaar mocht verwachten. De Hoge Raad oordeelt vervolgens dat aan de overeenkomsten geen andere betekenis kan worden gegeven dan dat alleen Allstate Acceptance Corporation de betalingsverplichting op zich heeft genomen. Wel mochten kopers van de verkopers verwachten dat deze er zorg voor hadden gedragen dat de uitvoering van de promotieactie, met name de afdekking van de nakoming van de terugbetalingsverplichting, deugdelijk en zorgvuldig was gebeurd. De Hoge Raad gaat hierbij mee met het oordeel van het hof dat dit is gebeurd door in zee te gaan met professionele bedrijven die ervaring hadden op dit gebied, de financiële gegoedheid te hebben gecheckt en de premies te hebben betaald. Ook als zij in een later stadium naar de belegging hadden geïnformeerd, hadden zij de belangen van de kopers niet meer veilig kunnen stellen. Lotsverbondenheid heeft in dit geval dus geen betrekking op de verplichting tot nakoming.

Een volgende uitspraak door de Hoge Raad gewezen met betrekking tot samenhangende overeenkomsten is Foto/Noort⁵⁵⁸. In deze uitspraak gaat het om de huurverkoop van een fotolab en de financieringsovereenkomst ten behoeve van deze huurverkoop. In cassatie is, nu de huurkoopovereenkomst niet werd nagekomen, niet alleen de vraag aan de orde of de financieringsovereenkomst is ontbonden dan wel moet worden ontbonden, maar ook of de kredietverstrekker gehouden is tot betaling van de door huurkoper geleden schade. De Hoge Raad oordeelt gelijk aan het hof dat de feitelijk economische samenhang tussen de huurkoopovereenkomst en de financieringsovereenkomst de ontbinding van de financieringsovereenkomst rechtvaardigt. Vervolgens oordeelt hij echter dat de nauwe verbondenheid tussen beide overeenkomsten niet het gevolg heeft dat de kredietverstrekker aansprakelijk is voor het tekortschieten van de huurverkoper in de huurkoopovereenkomst.

HR 10 augustus 2012⁵⁵⁹ vertoont grote gelijkenis met het arrest Jans/FCN in die zin dat het ook hier gaat om de koop van een auto en de financieringsconstructie ten behoeve hiervan. Het gaat in deze zaak alleen niet om de vraag of lotsverbondenheid gevolgen heeft voor de ontbindingsmogelijkheid, maar voor de toepasselijke verjaringstermijn. Als betaling van de maandelijkse termijnen uitblijft en de kredietverstrekker de koper pas na meer dan drie jaar sommeert de betalingsachterstand te voldoen, beroept de koper zich op verjaring. Hij gaat hierbij uit van de korte verjaringstermijn zoals neergelegd in art. 7:28 BW en geldt ten aanzien van een consumentenkoop. De Hoge Raad oordeelt dat tussen een overeenkomst van consumentenkoop en een overeenkomst tot financiering van de daarbij overeengekomen koopprijs door een derde dusdanige verbondenheid kan bestaan dat de bescherming die art. 7:28 BW aan de consument-koper beoogt te bieden zich mede uitstrekt tot de vordering tot

⁵⁵⁸ HR 20 januari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU3162, NJ 2012/60 (Agfa/Foto Noort)

⁵⁵⁹ HR 10 augustus 2012, ECLI:NL:HR:2012:BW4992, NJ 2012/486 (Pocorni/Defam Financieringen).

aflossing van het krediet. Vervolgens geeft de Hoge Raad, in navolging van Jans/FCN, aan dat of er sprake is van zodanige verbondenheid moet worden vastgesteld in het licht van de omstandigheden. Een dergelijke verbondenheid ligt voor de hand als, zoals in onderhavig geval, de verkoper partij was bij de financieringsovereenkomst. Volgens de Hoge Raad heeft het hof de mogelijkheid van verbondenheid onbesproken gelaten en verwijst daarom voor verdere behandeling en beslissing.⁵⁶⁰

De hierboven omschreven jurisprudentie laat zien dat in sommige situaties aanspraken uit het ene contract ook kunnen gelden jegens de contractspartij uit een daarmee samenhangende overeenkomst. Met deze uitspraken wordt de focus op bilaterale contracten, die slechts gelden tussen partijen, verlaten. De aanspraken die benadeelden hebben, worden niet alleen bepaald door de contractuele relatie met de wederpartij, maar ook door het geheel aan contractuele verhoudingen en de samenhang tussen overeenkomsten.

De vraag die rijst na bespreking van bovengenoemde uitspraken, is welke concrete betekenis zij hebben voor het geval dat gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Uit de hierboven weergegeven jurisprudentie volgt dat indien er sprake is van samenhangende overeenkomsten het gevolg lotsverbondenheid kan zijn. Deze lotsverbondenheid kan zien op het beëindigen van de overeenkomsten (ontbinding dan wel vernietiging), maar ook op opschorting en verjaring. Lotsverbondenheid van overeenkomsten zou van betekenis kunnen zijn voor de patiënt die schadevergoeding wenst in geval van gebrekkige samenhangende zorg. Kan de patiënt bijvoorbeeld schadevergoeding vorderen van zorgaanbieder B die hem zorg heeft verleend omdat zorgaanbieder A gebrekkige zorg heeft verleend? Dit zou mogelijk een oplossing zijn in de situatie dat de gebrekkige zorg niet wordt veroorzaakt door de zorgaanbieder die wordt aangesproken, maar door een andere zorgaanbieder binnen het netwerk (zie paragraaf 6.2.1). Lotsverbondenheid is echter tot op heden niet aangenomen indien men nakoming of schadevergoeding beoogt. Wel valt op dat de Hoge Raad in Interkeukengilde B.V. de deur op een kier zet als het gaat over het vorderen van nakoming.

“Uit de nauwe samenhang van beide overeenkomsten volgt echter niet zonder meer dat de verkopers alle verplichtingen uit beide overeenkomsten behoren na te komen. Het hof heeft op grond van zijn uitleg van de overeenkomsten geoordeeld dat de verkopers slechts verplicht waren de gekochte keukens te leveren en te installeren zoals was overeengekomen, en door de nakoming van die beide verplichtingen aan de verbintenis hebben voldaan. De verkopers waren daarnaast verplicht al het nodige te doen om de bij de promotieactie door hen in het vooruitzicht

⁵⁶⁰ Dat de Hoge Raad grote waarde hecht aan de motivering waarom sprake is van een zodanige verbondenheid tussen overeenkomsten dat lotsverbondenheid wordt gerechtvaardigd, wordt nogmaals bevestigd in HR 11 juli 2014 ECLI:NL:HR2014:1627, NJ 2015/2 (Eneco Tour), zie paragraaf 6.2.5.

*gestelde en bij het aangaan van de overeenkomsten afgesproken wijze van terugbetaling van de koopprijs mogelijk te maken, doch dit heeft het hof zoals blijkt uit zijn verdere overwegingen niet miskend. Of zij ook verplicht waren in te staan voor de terugbetaling van de koopsom, hangt af van de uitleg van beide overeenkomsten in onderling verband.*⁵⁶¹

Kort samengevat komt de Hoge Raad hiermee tot het oordeel dat of nakoming kan worden gevorderd van een ander dan de contractspartij een uitlegkwestie is, waarbij beide overeenkomsten in samenhang dienen te worden beoordeeld.

Voor toepassing van bovengenoemde jurisprudentie is echter tevens van belang of de feiten vergelijkbaar zijn. In bovengenoemde uitspraken heeft de benadeelde met meerdere partijen een overeenkomst. Een patiënt die zorg krijgt van een zorgnetwerk, heeft een behandelingsovereenkomst met meerdere zorgaanbieders. Tot zover gaat de vergelijking op. Duidelijk is dat er samenhang is tussen de overeenkomsten die binnen het netwerk worden gesloten. Zij hebben immers alle uiteindelijk als doel afstemming en samenwerking ten behoeve van de zorg aan de patiënt. In Jans/FCN wordt de bedoelde samenhang omschreven als nauwe feitelijk economische samenhang. Opvallend is hier het begrip economische. De samenhang in de genoemde uitspraken is commercieel van aard. In geen van de uitspraken wordt met de samenhang een ander doel dan een economisch doel gediend. Steeds gaat het om een financieringsovereenkomst ten behoeve van een (huur)koopovereenkomst. Hoewel met het verlenen van zorg primair geen economische doelen worden nagestreefd, is het doel van veel zorgnetwerken niet alleen het bevorderen van kwaliteit, maar ook het vergroten van efficiëntie en kostenbesparing. Desondanks lijkt een vergelijking erg gekunsteld.

6.2.5 Eneco Tour, een nieuwe richting?

Aan het rijtje van uitspraken dat invulling geeft aan het leerstuk contract en derde kan het zogenaamde Eneco Tour-arrest worden toegevoegd. Deze uitspraak kan niet worden geplaatst binnen de categorieën die ik hiervoor heb behandeld, waardoor ze afzonderlijk zal worden behandeld. In deze zaak speelt de vraag of het een voormalig sponsor van een evenement jegens zijn voormalige wederpartij, de organisator van dat evenement, vrijstaat dat evenement zelf te organiseren nadat de relatie van sponsoring is beëindigd, of om mee te dingen naar de daarvoor benodigde licentie. Op 15 maart 2005 sluit Eneco Tour Organisation (hierna: de VOF) een sponsorovereenkomst met Eneco. In deze overeenkomst geeft de VOF aan Eneco het recht op te treden als enige titelsponsor en naamgever van de Benelux Tour, waarvan de naam wordt gewijzigd in Eneco Tour. De overeenkomst wordt aangegaan voor de duur van vier edities van de Eneco Tour. Eneco is overigens al langer verbonden met een van de maten van de VOF, stichting Ronde van Nederland. Al vanaf de jaren zeventig organiseerde de stichting de voorloper

⁵⁶¹ HR 10 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BI3408, NJ 2010/496 (Interkeukengilde B.V.), r.o. 3.5.2.

van de Eneco Tour, de Ronde van Nederland, met vanaf 2001 als hoofdsponsor Eneco. Als gevolg van een reeks incidenten raakt de verhouding tussen een aantal maten van de VOF en Eneco verstoord. D.d. 22 april 2008 laat Eneco de VOF weten niet door te gaan met de sponsering van de Eneco Tour op basis van de huidige organisatiestructuur. Eneco Tour vraagt op 8 juli 2008 zelf een licentie aan voor de organisatie van de Eneco Tour, die vervolgens wordt verleend. Twee maten van de VOF, waaronder de stichting, stellen dat Eneco onrechtmatig jegens hen heeft gehandeld door zelf een licentie aan te vragen voor het organiseren van de wielertour en daarmee de VOF te passeren.

De Hoge Raad stelt voorop dat in een dergelijke kwestie de omstandigheden van het geval bepalend zijn. Het enkele feit van het voormalige sponsorschap is onvoldoende om de conclusie te dragen, of om tot uitgangspunt te nemen, dat het zelf organiseren dan wel mee te dingen naar de benodigde licenties, onrechtmatig is jegens de voormalige wederpartij.

De Hoge Raad oordeelt dat, voor zover het hof voorop heeft willen stellen dat de verschillende tussen diverse partijen bestaande rechtsverhoudingen ten dele neergelegd in overeenkomsten en ten dele bestaande in feitelijke samenwerking tussen de partijen, op zodanige wijze samenhangen, dat dit van belang is voor de beantwoording van de vraag wat Eneco in 2008 en volgende jaren al dan niet vrijstond, dit zonder toelichting onvoldoende is gemotiveerd.

Vervolgens oordeelt de Hoge Raad: *“Weliswaar is in diverse arresten van de Hoge Raad bij de beoordeling van de rechtsverhouding tussen partijen die niet in contractuele verhouding tot elkaar stonden, betekenis toegekend aan de feitelijk-economische samenhang die bestond tussen de overeenkomsten waarbij zij wél partij waren, maar dit betekent niet dat de enkele omstandigheid dat een zodanige samenhang bestaat, steeds van belang is voor de beoordeling van de rechtsverhouding tussen de daarbij betrokken partijen. Uitgangspunt is dat overeenkomsten alleen partijen binden. Daarom dient het oordeel dat een contractueel beding doorwerkt in een daarmee samenhangende rechtsverhouding, specifiek te zijn gemotiveerd.”*⁵⁶²

Hoewel de Hoge Raad in het Eneco Tour-arrest zijn oordeel uitspreekt in het licht van de samenhangende rechtsverhoudingen, is mijns inziens de betekenis van het arrest voor het leerstuk beperkt. De Hoge Raad stelt immers de relatieve werking van het contract voorop en geeft geen aanknopingspunten die richtinggevend zijn bij de juridische beoordeling van samenhangende verhoudingen in het concrete geval. Dit doet mijns inziens echter geen afbreuk aan de eerder gewezen uitspraken met betrekking tot samenhangende rechtsverhoudingen.

⁵⁶² HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1627, NJ 2015/2 m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai (Eneco Tour), r.o. 3.5.3.

6.2.6 De juridische betekenis van feitelijke afspraken en -samenwerking voor het zorgnetwerk

De in de vorige paragrafen gemaakte analyse laat zien dat de huidige wet, evenals de besproken rechtspraak, uitgaat van het bestaan van een overeenkomst of het ontbreken hiervan; dus van 'zwart' of 'wit'. Binnen het zorgnetwerk zal echter niet altijd helder zijn of de relaties slechts feitelijk van aard zijn of dat partijen ook contractueel zijn verbonden. Hoewel de vraag of een relatie kan worden gekwalificeerd als een contractuele verhouding dan wel een buitencontractuele verhouding van groot belang kan zijn voor de toepassing van het aansprakelijkheidsrecht, zou dit mijns inziens niet per se een beperking voor de toedeling van aansprakelijkheid inhouden. Van Laarhoven komt in haar dissertatie tot de conclusie dat bij het toekennen van rechtsgevolgen aan buitencontractuele relaties, feitelijke afstemming van relaties en prestaties op elkaar een steeds belangrijkere plaats gaan innemen in ons recht.⁵⁶³ HR 29 mei 1998 (Mooijman/Netjes)⁵⁶⁴ is hierbij illustratief. De uitspraak laat zien dat ook aan feitelijke afspraken juridische consequenties kunnen worden verbonden. De uitspraak heeft betrekking op de bouw en verkoop van 44 luxe villa's door Netjes. Tijdens de bouw heeft op het kantoor van Netjes een bespreking plaatsgevonden met Mooijman over door Mooijman aan te brengen serres ("zonneranda's") op het terras van de door Netjes te bouwen villa's. Deze bespreking heeft erin geresulteerd dat Netjes brochures van de zonneranda's van Mooijman voor de kopers in haar showroom heeft neergelegd, Mooijman de bouwvergunningen voor de zonneranda's heeft aangevraagd en verkregen op basis van de aangepaste tekeningen van Netjes, en dat Mooijman tien zonneranda's rechtstreeks aan de kopers van de woningen heeft verkocht en Netjes ten behoeve van de zonneranda's bouwkundige aanpassingen heeft gedaan. Netjes maakt echter fouten bij deze aanpassingen waardoor Mooijman schade lijdt die hij wil verhalen op Netjes. Er wordt echter geen overeenkomst aangenomen tussen Netjes en Mooijman waardoor Mooijman zich niet kan beroepen op wanprestatie. Er is wel sprake onrechtmatige daad omdat er sprake is van feitelijke samenwerking op basis waarvan Netjes niet alleen gehouden was jegens haar contractuele wederpartijen maar ook op grond van hetgeen in het maatschappelijk verkeer betaamt jegens Mooijman deugdelijk te presteren. Deze uitspraak laat zien dat het kunnen kwalificeren van de relatie als een contractuele relatie niet altijd doorslaggevend is bij de beantwoording van aansprakelijkheidsvragen. Aan feitelijke samenhang kunnen immers rechten worden ontleend.⁵⁶⁵ Zou men dit vertalen naar netwerksituaties, dan betekent dit voor de beoordeling van de relaties tussen de zorgaanbieders dat ook indien de relaties tussen de verschillende zorgaanbieders niet kunnen worden gekwalificeerd als een overeenkomst, zorgaanbieders aanspraken op elkaar kunnen hebben. Hiervan zou sprake kunnen zijn indien het feitelijk handelen van zorgaanbieders gericht is op

⁵⁶³ Van Laarhoven 2006, p. 59.

⁵⁶⁴ HR 29 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2660, NJ 1999/98 (Mooijman/Netjes).

⁵⁶⁵ Vgl. Van Dongen 2017, p. 64.

samenhang en afstemming. Mijns inziens zou de patiënt ook aan deze feitelijke afspraken rechten moeten kunnen ontlelen.

6.2.7 Contract en derde: de betekenis voor het zorgnetwerk

De vraag is nu welke betekenis het leerstuk contract en derde heeft voor de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Is het denkbaar dat door toepassing van het leerstuk aansprakelijkheid kan worden toegedeeld aan de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie, de leden van het ROAZ of zorgaanbieders die de patiënt geen zorg hebben verleend? Het leerstuk overeenkomst en derde is zeer casuïstisch van aard. Hoewel er parallellen te trekken zijn met de jurisprudentie, laten de feiten zich moeilijk vergelijken en kunnen hierin geen concrete aanwijzingen worden gevonden op basis waarvan de hier genoemde aansprakelijkheidsvragen kunnen worden beantwoord. Wel ondersteunt het leerstuk mijns inziens de idee dat men niet alleen rekening dient te houden met de belangen van de contractuele wederpartij maar ook met andere betrokkenen binnen het netwerk alsook de patiënt die zorg krijgt van het netwerk. De waarde van de contractuele verhouding wordt gerelativeerd waardoor ruimte is de verhoudingen te beoordelen los van de vraag welke contractuele rechten en plichten er tussen partijen bestaan.

6.3 Art. 6:76 BW, art 6:170 BW en art. 6:171 BW, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

6.3.1 Hiërarchische rechtsverhoudingen

Het recht kent een aantal constructies die uitgaan van een min of meer hiërarchische verhouding waarbij de 'hoogste' persoon kan worden aangesproken. Hierbij kan gedacht worden aan de hulppersoonconstructie van art. 6:76 BW en de kwalitatieve aansprakelijkheden voor personen neergelegd in art. 6:170 BW en art. 6:171 BW. In onderstaande subparagrafen zal worden nagelopen of genoemde bepalingen kunnen worden toegepast, dan wel aanknopingspunten bieden bij de toedeling van aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk.

6.3.2 Art. 6:76 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk

Ter uitvoering van veel overeenkomsten om een dienst te verlenen of werkzaamheden te verrichten, schakelt degene die deze verplichting op zich heeft genomen anderen (hulpverleners) in om de werkzaamheden (mede) uit te voeren dan wel de dienst (mede) te verlenen. Ook artsen maken ter uitvoering van een geneeskundige behandelingsovereenkomst gebruik van de hulp van andere personen. Voor de arts die op basis van een toelatingsovereenkomst in het ziekenhuis werkt, kan dit bijvoorbeeld een OK-assistent, een radioloog, een anesthesist of een

andere specialist zijn.⁵⁶⁶ Voor een zelfstandig werkend arts of een arts die in een artsenpraktijk werkt, kan dit een doktersassistent of een tandartsassistent zijn.⁵⁶⁷ Ook is niet uitgesloten dat een waarnemend arts dient te worden gekwalificeerd als hulppersoon (zie paragraaf 6.2.1). Tevens kan worden gedacht aan de situatie dat bijvoorbeeld de huisarts bloed laat afnemen bij een patiënt en dit bloed vervolgens laat onderzoeken door een huisartsenlaboratorium. Het afnemen en het onderzoeken van het bloed maakt immers deel uit van de behandeling door de huisarts, waardoor het huisartsenlaboratorium kan worden gezien als hulppersoon.⁵⁶⁸ Veelal zullen de werkzaamheden door de hulppersoon correct worden uitgevoerd. Indien het mis gaat en de derde hierdoor schade lijdt, is het in sommige gevallen mogelijk hiervoor degene met wie de overeenkomst is gesloten aan te spreken op grond van art. 6:74 BW jo. art. 6:76 BW.⁵⁶⁹ Art. 6:76 BW maakt het immers mogelijk dat de schuldenaar die bij de uitoefening van een verbintenis gebruik maakt van de hulp van andere personen voor hun gedragingen op gelijke wijze als voor eigen gedragingen aansprakelijk is.⁵⁷⁰ Voor de vraag of de schuldenaar aansprakelijk kan worden gehouden voor de gedragingen van zijn hulppersoon gelden dezelfde maatstaven als wanneer de gedragingen van hem zelf zouden zijn. Hierbij geldt wel dat de kring van personen waarop art. 6:76 BW ziet, beperkt is. Er bestaat alleen aansprakelijkheid voor personen van wie de hulp wordt gebruikt bij de uitvoering van de verbintenis ten aanzien waarvan de aansprakelijkheid in het geding is.⁵⁷¹

Vertaald naar zorgnetwerken betekent dit dat voor toepassing van de hulppersoonconstructie een hoofdcontractant moet kunnen worden aangewezen die op zijn beurt andere zorgaanbieders inschakelt die hem helpen de patiënt de zorg te verlenen waartoe hij zich heeft verplicht. Voor de drie besproken verschijningsvormen van zorgnetwerken geldt echter dat de patiënt een zelfstandige behandelingsovereenkomst sluit met de verschillende zorgaanbieders uit het netwerk die hem zorg verlenen (zie ook paragraaf 6.2.1). Zo sluit de patiënt bijvoorbeeld een overeenkomst met zijn huisarts, de specialist in het ziekenhuis en de diëtist. Zij zijn allen gehouden een deel van de zorg te verlenen. Het is niet zo dat de ene zorgaanbieder de andere zorgaanbieder inschakelt ter uitvoering van de verbintenis die hij heeft jegens de patiënt. Het gaat steeds om nevensgeschikte samenwerking.⁵⁷² In deze verhouding is dus geen hoofdcontractant en hulppersoon aan te wijzen. Ook voor de verhouding van de patiënt met de

⁵⁶⁶ Wijne 2017 (a), p. 349 e.v. en Wijne 2017 (b), p. 14.

⁵⁶⁷ Wijne 2017 (a), p. 351 en Wijne 2017 (b), p. 14.

⁵⁶⁸ Vgl. Wijne 2017 (a), p. 255.

⁵⁶⁹ Asser/Sieburgh (6-1) 2016/347, zie over toerekening op grond van art. 6:76 BW in geval van een geneeskundige behandelingsovereenkomst Wijne 2017 (a), p. 349 e.v. en Wijne 2017 (b) p. 14 e.v..

⁵⁷⁰ Zie: Asser/Sieburgh (6-1) 2016/347, De Jong 2008, p. 137.

⁵⁷¹ HR 14 juni 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE0657, NJ 2002/495 (Geldnet/Kwantum), HR 10 oktober 2003, ECLI:NL:HR:2003:AI0828, NJ 2005/89 ('t Witte Paerdje), zie over deze uitspraken Asser/Sieburgh (6-1) 2016/347 en De Jong 2008.

⁵⁷² Vgl. Wijne 2017 (a), p. 356. Art. 6:76 BW is niet van toepassing indien sprake is van nevensgeschikte samenwerking tussen zelfstandig werkende artsen, die ieder voor zich een overeenkomst met de patiënt sloten.

zorgaanbieders in het netwerk die de patiënt geen zorg hebben verleend, de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie, of de leden van het ROAZ voegt de constructie niets toe. De patiënt sluit met hen geen overeenkomst waardoor zij niet als hoofdcontractant kunnen worden aangewezen en zij zijn ook geen hulppersoon van de zorgaanbieders waarmee de patiënt wel een overeenkomst heeft gesloten.

Van belang hier is wel enige opmerkingen te maken met betrekking tot het *zorggroepnetwerk*. Zoals gezegd in paragraaf 3.3, wordt voor de zorggroep vaak de constructie genoemd waarbij sprake is van een ‘hoofdcontractant’ en ‘onderaannemers’. De gedachte hierbij is dat de zorgverzekeraar contracteert met de zorggroep. De zorggroep maakt vervolgens afspraken met de zorgaanbieders die deze zorg feitelijk zullen verlenen. Deze constructie biedt echter geen aanknopingspunten voor de patiënt die nadeel ondervindt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg in die zin dat hij een vordering heeft op grond van art. 6:74 BW jo. 6:76 BW. De patiënt is in deze verhouding immers slechts lijdend voorwerp en maakt geen deel uit van de constructie.

Wel is mijns inziens denkbaar dat de patiënt de huisarts als hoofdbehandelaar beschouwt. De huisarts is immers veelal het eerste aanspreekpunt en zal de patiënt ook in zijn gang naar andere zorgaanbieders adviseren en verwijzen. De zorg die andere zorgaanbieders bieden, moet mijns inziens echter niet worden beschouwd als hulp bij de uitvoering van de verbintenis die de huisarts uit hoofde van de behandelingsovereenkomst met de patiënt heeft.

6.3.3 Art. 6:170 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk

De hulppersoonconstructie van art. 6:76 BW gaat uit van een contractuele verhouding tussen de benadeelde en de aansprakelijke partij. Voor toepassing van zowel art. 6:170 BW als art. 6:171 BW is geen overeenkomst vereist. Beide zijn een vorm van kwalitatieve aansprakelijkheid. In geval van kwalitatieve aansprakelijkheid is de aansprakelijkheid niet te herleiden tot ‘foutief’ gedrag van degene op wie de aansprakelijkheid rust. Het hebben van een bepaalde kwaliteit is de ingangsvoorwaarde voor aansprakelijkheid.⁵⁷³ Aan de kwalitatieve aansprakelijkheden ligt onder meer het beginsel van slachtofferbescherming ten grondslag.⁵⁷⁴ Bij een complexe organisatiestructuur met veel tussenpersonen bestaat het gevaar van afschuiven van verantwoordelijkheden en het zich verschuilen achter een ander. Het beginsel van slachtofferbescherming houdt in dat de benadeelde niet belast moet worden met een kostbaar en tijdrovend onderzoek naar de oorzaak van de schade, de dader en (precieze) interne verhoudingen.⁵⁷⁵ Met behulp van centralisering wordt de aansprakelijkheid naar een duidelijk

⁵⁷³ Zie hiervoor bijvoorbeeld Hoekzema 2000, p. 41 Lubach 2005, p. 15 e.v., Oldenhuis & Kolder 2012, 1, Inleiding, Oldenhuis 2014, p. 2, Bauw 2015, p. 1, Kolder & Oldenhuis 2017, p. 46.

⁵⁷⁴ Klaassen 1991, p. 47, Lubach 2005, p. 138, Kolder & Oldenhuis 2017, p. 47.

⁵⁷⁵ Lubach 2005, p. 140.

aanwijsbare (rechts)persoon geleid.⁵⁷⁶ Een vergelijking met het zorgnetwerk is daarom op haar plaats aangezien zij eveneens een complexe structuur kent en toedeling van aansprakelijkheid juist daarom vragen oproept.

Andere grondslagen voor kwalitatieve aansprakelijkheid op grond van art. 6:170 BW en art. 6:171 BW die in de literatuur worden genoemd, zijn: het culpabeginsel, het gevaarzettingsbeginsel, de profijttheorie, eenheid van onderneming en economische argumenten als kostenallocatie en preventie.⁵⁷⁷ Eén allesomvattende rechtsgrond kan daarbij niet worden gegeven.⁵⁷⁸

Art. 6:170 BW regelt de aansprakelijkheid voor schade door een fout van een ondergeschikte. Met een fout wordt hier bedoeld een toerekenbare onrechtmatige daad conform art. 6:162 BW. De bepaling roept een risicoaansprakelijkheid in het leven voor de aansprakelijke partij. Zij kan zich voor bevrijding van aansprakelijkheid niet beroepen op het ontbreken van schuld bij haarzelf.⁵⁷⁹ In veel gevallen waarin art. 6:170 BW toepassing vindt, zal er sprake zijn van een werkgever-werknemer-relatie. Het is echter niet noodzakelijk dat er sprake is van een arbeidsovereenkomst of dat het dienstverband een bestendig karakter heeft.⁵⁸⁰

Voor de toepassing van art. 6:170 BW moet er sprake zijn van 'voldoende functioneel verband'. Hiermee wordt bedoeld dat er voldoende samenhang moet zijn tussen enerzijds de opgedragen werkzaamheden en anderzijds de fout van de ondergeschikte. Functioneel verband is aanwezig als aan twee aspecten cumulatief is voldaan. Allereerst moet de kans op de fout zijn vergroot door de opdracht van de werkgever. In de tweede plaats moet de werkgever zeggenschap hebben gehad over de gedragingen waarin de fout was gelegen.⁵⁸¹ Om dit te kunnen beoordelen, moeten alle ter zake dienende omstandigheden van het geval worden meegewogen.⁵⁸² Gezichtspunten die hierbij van betekenis zijn, zijn onder meer: plaats, tijdstip, aard van de gedraging en (hulp)middelen verschaft door de werkgever.⁵⁸³

Mijns inziens zal van een bovengenoemd functioneel verband in de drie besproken verschijningsvormen van netwerken niet snel sprake zijn. De zorgaanbieders in deze zorgnetwerken bieden namelijk zorg naast elkaar. Zoals eerder aangegeven, sluiten zij daartoe

⁵⁷⁶ Tjittes 1995, p. 274, Lubach 2005, p.138.

⁵⁷⁷ Zie hierover bijvoorbeeld Klaassen 1991, p. 42 e.v. en p. 64 e.v., Lubach 2005 p. 134 e.v. en Hoekzema 2000, p. 43 e.v., Bauw 2015, p. 5.

⁵⁷⁸ Schut 1963, p. 298, Klaassen 1991, p. 48.

⁵⁷⁹ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/191, vgl. Lubach 2005 p. 15, Lindenberg 2008.

⁵⁸⁰ Zie hierover Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/183 en 184 en Oldenhuis 2014, p. 46.

⁵⁸¹ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/187, Lubach 2005, p. 314 e.v., Tjon-En-Fa 2007, p. 257, zie tevens Gans 2011, p. 29 e.v..

⁵⁸² Zie ook HR 30 oktober 2009, ECLI:NL:HR:2009:BJ6020, *NJ* 2010/52, (Blomaard/Gemeente Utrecht), r.o. 4.2.1.

⁵⁸³ HR 9 november 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA7557, *NJ* 2007/658 (Groot Kievietdal), r.o. 4.2.2. Deze gezichtspunten werden al geïntroduceerd door Schut 1963, p. 287, zie hierover verder onder meer Hoekzema 2000, p. 82, Lubach 2005, 316, Lindenberg 2008, paragraaf 5.

zelfstandige behandelingsovereenkomsten met de patiënt. De partijen in het netwerk dragen geen taken aan elkaar op en de fout (gebrekkige samenhangende zorg) wordt dus ook niet vergroot door een opgedragen taak. Zij werken bovendien samen op voet van gelijkheid en men heeft geen zeggenschap over elkaars gedragingen. Art. 6:170 BW biedt dus geen meerwaarde ten aanzien van de toedeling van aansprakelijkheid aan de zorgaanbieders in het netwerk.

Het is de vraag of de verhouding van de zorggroep of de zorgondersteunende organisatie ten opzichte van de zorgaanbieders in het netwerk zich wel leent voor toepassing van art. 6:170 BW. Met betrekking tot het *gefaciliteerde netwerk* lijkt de vraag of er sprake is van een functioneel verband in beginsel ontkennend te moeten worden beantwoord. De rol die de zorgondersteunende organisatie in het netwerk heeft, is een faciliterende/organisatorische. Zij draagt de zorgaanbieders geen taken op. De zorgaanbieders bepalen grotendeels zelf - mogelijk wel in samenspraak met de andere partijen in het netwerk - welke zorg zij aan een patiënt verlenen. Zij heeft bovendien geen zeggenschap over de zorgaanbieders in het netwerk; de invloed die zij op de zorgaanbieders heeft, is beperkt. Ten aanzien van het *zorggroepnetwerk* is een andere redenering mogelijk. De zorggroep maakt afspraken met de zorgaanbieders uit het netwerk over de zorg uit het zorgprogramma die door de zorgaanbieders dient te worden verleend. De zorggroep schakelt dus anderen, zorgaanbieders in voor het verlenen van zorg. Hierbij stelt de zorggroep kwaliteitseisen aan de te leveren zorg. Zij schrijft bijvoorbeeld voor op welke manier zorgaanbieders een dossier moeten bijhouden en hoe en met behulp van welk informatiesysteem de zorgaanbieders met de zorggroep moeten communiceren. Zij verdeelt bovendien het geld dat de zorgverzekering haar betaalt voor de zorg die door het netwerk wordt verleend, waardoor zij een belangrijk pressiemiddel in handen heeft. Met zou dus kunnen betogen dat de zorggroep zeggenschap heeft. Toch denk ik niet dat de zorgaanbieders in het *zorggroepnetwerk* kunnen worden gezien als ondergeschikten van de zorggroep. De zeggenschap die de zorggroep heeft over de zorgaanbieders en de te verlenen zorg is mijns inziens te beperkt. Toepassing van art. 6:170 BW is mijns inziens bovendien uitgesloten doordat de patiënt een behandelingsovereenkomst sluit met de zorgaanbieders in het netwerk en wellicht niet eens weet heeft van het bestaan van de zorggroep.

6.3.4 Art. 6:171 BW, de betekenis voor het zorgnetwerk

Art 6:171 BW is van toepassing wanneer iemand in opdracht van een ander werkzaamheden ter uitoefening van diens bedrijf verricht en hierbij een fout maakt. In tegenstelling tot art. 6:170 BW dient het hierbij te gaan om een niet-ondergeschikte.⁵⁸⁴ De benadeelde kan dan naast die ander ook degene om wiens bedrijf het gaat aanspreken.⁵⁸⁵ Jarenlang is de uitspraak door de

⁵⁸⁴ Lubach 2005, p. 7.

⁵⁸⁵ Asser/Hartkamp & Sieburgh (IV)/199.

Hoge Raad van 21 december 2001 (Delfland/Stoeterij)⁵⁸⁶ leidend geweest bij de beoordeling of er sprake is van een situatie waar art. 6:171 BW op van toepassing is. De Hoge Raad geeft in deze uitspraak aan dat art. 6:171 BW restrictief dient te worden uitgelegd. Volgens de Hoge Raad dienen de woorden ‘werkzaamheden ter uitoefening van diens bedrijf’ een belangrijke beperking in te houden. Alleen iemand die aan de bedrijfsuitoefening van de opdrachtnemer zelf deelneemt, valt onder de kwalitatieve aansprakelijkheid voor een niet-ondergeschikte. Dit brengt met zich mee dat art. 6:171 BW slechts van toepassing is indien de benadeelde de dader en het bedrijf van diens opdrachtgever als een zekere eenheid kan beschouwen. Is dit niet het geval, dan valt de schade niet binnen de risicosfeer van de opdrachtgever. Achterliggende gedachte hierbij is dat de eenheid die een onderneming naar buiten toe vormt, geen verschil behoort mee te brengen voor de benadeelde die schade lijdt en voor wie niet kenbaar is dat deze schade te wijten is aan een fout van een ondergeschikte of aan een ander die ter uitoefening van het bedrijf werkzaamheden verricht. In beide gevallen dient de benadeelde zich tot de onderneming te moeten kunnen richten.⁵⁸⁷ Een recente uitspraak van de Hoge Raad (Koeman/Sijm Agro)⁵⁸⁸ laat echter zien dat de eenheid die een onderneming naar buiten toe uitstraalt, veel meer moet worden gezien als een van de gezichtspunten⁵⁸⁹ dan als een harde eis bij de beoordeling of er sprake is van ‘werkzaamheden ter uitoefening van diens bedrijf’. Het gegeven dat een buitenstaander in veel gevallen niet kan onderkennen of de schade is te wijten aan een fout van een ondergeschikte of aan een ander die ter uitoefening van het desbetreffende bedrijf werkzaamheden verricht, brengt immers niet mee dat art. 6:171 BW toepassing zou missen, indien het de benadeelde duidelijk is dat de schade is veroorzaakt door een niet-ondergeschikte.⁵⁹⁰ Verwevenheid kan bijvoorbeeld ook volgen uit het feit dat de opdrachtgever heeft bepaald welk en hoeveel bestrijdingsmiddel moest worden gebruikt en zelf ook een licentie had om bestrijdingsmiddel te gebruiken.⁵⁹¹

Ondanks het feit dat de reikwijdte van art. 6:171 BW enigszins is verruimd ingevolge Koeman/Sijm Agro door ‘uiterlijke eenheid’ tussen het bedrijf van de opdrachtgever en opdrachtnemer niet meer als absolute toepassingsvoorwaarde te stellen,⁵⁹² denk ik niet dat de bepaling toepassing kan vinden in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk.

⁵⁸⁶ HR 21 december 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD7395, *NJ* 2002/75 (Delfland/Stoeterij).

⁵⁸⁷ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/199.

⁵⁸⁸ HR 18 juni 2010, ECLI:NL:HR:2010:BL9596, *NJ* 2010/389 (Koeman/Sijm Agro).

⁵⁸⁹ Zie voor een uitwerking van de andere gezichtspunten Van Doorn & Van Gulijk 2013.

⁵⁹⁰ HR 18 juni 2010, ECLI:NL:HR:2010:BL9596, *NJ* 2010/389 (Koeman/Sijm Agro).

⁵⁹¹ HR 18 juni 2010, ECLI:NL:HR:2010:BL9596, *NJ* 2010/389 (Koeman/Sijm Agro). De Hoge Raad sluit met betrekking tot dit punt aan bij het oordeel van het hof in de zaak.

⁵⁹² Zie ook Kolder & Oldenhuis 2017, p. 51.

Binnen zorgnetwerken is immers geen sprake van werkzaamheden die in opdracht van een andere partij in het netwerk worden verricht. De zorgaanbieders in het netwerk werken naast elkaar en worden ook niet ingeschakeld door de zorgondersteunende organisatie of een gezondheidscentrum. Met betrekking tot het *zorggroepnetwerk* zou anders kunnen worden betoogd, maar ook dan geldt dat de patiënt een behandelingsovereenkomst sluit met de verschillende zorgaanbieders uit het netwerk die hem zorg verlenen. Hierdoor is mijns inziens toepassing van art. 6:171 BW uitgesloten.

Mogelijk dat er enige twijfel zou kunnen bestaan met betrekking tot de toepasselijkheid van art. 6:171 BW indien gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door een gezondheidscentrum. Veel gezondheidscentra presenteren zich immers als een eenheid. Denkbaar is dat bijvoorbeeld de patiënt die een podotherapeut in een gezondheidscentrum bezoekt er vanuit gaat dat hij onder behandeling is bij het gezondheidscentrum. Mijns inziens is toch ook dan art. 6:171 BW niet van toepassing omdat het gezondheidscentrum zelf geen zorg verleent, dus de werkzaamheden überhaupt niet kunnen worden verricht ten behoeve van de bedrijfsuitoefening van het gezondheidscentrum.

Tjong Tjin Tai stelt vast dat in de steeds vaker voorkomende (formeel) horizontale samenwerkingsverbanden de verantwoordelijkheid, en daardoor de aansprakelijkheid is gedecentraliseerd. Er is dan geen centrale organisatie en geen zeggenschap over andermans gedragingen. Het gaat met name om horizontale, min of meer voortdurende samenwerkingsverbanden die men als netwerken aanduidt.⁵⁹³

6.4 Art. 7:462 BW centrale ziekenhuisaansprakelijkheid, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

Net als de kwalitatieve aansprakelijkheden neergelegd in boek 6 Burgerlijk Wetboek is de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis, neergelegd in art 7:462 BW, een voorbeeld van centralisatie.⁵⁹⁴ Zij biedt de mogelijkheid het ziekenhuis aan te spreken voor schade als gevolg van handelingen die daar zijn verricht, ook wanneer er geen contract is tussen de patiënt en het ziekenhuis. De centrale aansprakelijkheid biedt daarmee een 'centraal adres' voor aansprakelijkheid.⁵⁹⁵ Omdat het ziekenhuis mede aansprakelijk is als ware het zelf contractpartij bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst en het dus om een contractuele aansprakelijkheid gaat, is het ziekenhuis niet op grond van art. 7:462 BW aansprakelijk voor onrechtmatige daden begaan binnen het ziekenhuis.⁵⁹⁶ De centrale aansprakelijkheid is een

⁵⁹³ Tjong Tjin Tai 2011 (a), p. 130.

⁵⁹⁴ Vgl. Tjittes 1995, p. 278.

⁵⁹⁵ *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 23 en 43.

⁵⁹⁶ Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/457, Wijne 2017 (a), p. 433.

reactie op diverse constructies op basis waarvan verschillende hulpverleners in het ziekenhuis werkzaam zijn en de onduidelijkheid die dit meebrengt voor de verhoudingen tussen ziekenhuis, hulpverlener en patiënt.⁵⁹⁷

6.4.1 Complexe structuren binnen de instelling

Er kunnen twee hoofdconstructies op basis waarvan artsen die werkzaam zijn binnen de muren van het ziekenhuis worden onderscheiden. De eerste situatie, de zogenaamde arts-in-situatie is juridisch betrekkelijk eenvoudig.⁵⁹⁸ De medisch specialist heeft een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis. De patiënt contracteert het ziekenhuis voor zowel de verpleging en de verzorging als voor de medische behandeling. Mocht de specialist dan een medische fout begaan, dan kan de patiënt het ziekenhuis hiervoor aansprakelijk houden. Theoretisch is het mogelijk dat het ziekenhuis vervolgens regres neemt op de hulpverlener. In de praktijk komt dit echter niet of nauwelijks voor, omdat zowel het ziekenhuis als de hulpverlener bij dezelfde aansprakelijkheidsverzekeraar verzekerd zijn.⁵⁹⁹ Regres zal bovendien worden bemoeilijkt omdat op grond van art. 7:661 BW opzet of bewuste roekeloosheid aan de zijde van de werknemer/hulpverlener moet worden aangetoond. De tweede situatie is de zogenaamde arts-out-situatie.⁶⁰⁰ Tussen de medisch specialist en het ziekenhuis bestaat dan geen arbeidsrelatie. De specialist is als zelfstandig ondernemer werkzaam in het ziekenhuis en is degene die de patiënt contracteert ten behoeve van een medische behandeling.⁶⁰¹ De patiënt sluit daarnaast een overeenkomst met het ziekenhuis voor verzorging en verpleging. Deze verdeling blijkt in de praktijk echter niet zo scherp en inzichtelijk te zijn. De samenhang tussen de ziekenhuisdienstverlening en die van de specialist is namelijk zo nauw verbonden dat in concrete situaties vaak moeilijk uit te maken is wie de fout heeft gemaakt. Dat is niet alleen bij teamgeneeskunde het geval, maar ook bij vele andere handelingen, waar de eenheid van het handelen meer op de voorgrond staat dan de gescheidenheid ervan.⁶⁰²

De centrale aansprakelijkheid voor het ziekenhuis werd al vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw bepleit. De ingewikkelde en ondoorzichtige structuren binnen het ziekenhuis maakten het voor de patiënt voor de invoering van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid immers vaak moeilijk vast te stellen wie en op welke grond voor een jegens hem gepleegde beroepsfout (hetzij uit contract, hetzij uit onrechtmatige daad) aansprakelijk was.⁶⁰³ Een uitspraak waarin dit

⁵⁹⁷ In de memorie van toelichting wordt gesproken over een doolhof waar de patiënt gemakkelijk in terecht kan komen wanneer hij zijn schade wil verhalen. *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 23.

⁵⁹⁸ Ten Hoopen 2007, 1596 e.v., zie bijvoorbeeld ook Wijne 2017 (a), p. 154.

⁵⁹⁹ Wijne 2017 (b), p. 78, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/457, Wijne 2017 (a), p. 429, zie hierover tevens *Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3 (MvT), p. 44.

⁶⁰⁰ Ten Hoopen 2007, p. 1596.

⁶⁰¹ Wijne 2017 (b), p. 78.

⁶⁰² Leenen 1983, p. 256.

⁶⁰³ *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 43, zie hierover tevens Sluyters 1974, p. 45 e.v., De Brauw 1982, Sluyters 1984, p. 13 e.v., Wijne 2017 (a), p. 430 en Leenen e.a. 2017, p. 610.

pijnlijk duidelijk werd, is het zogenaamde Nuboer-arrest⁶⁰⁴.⁶⁰⁵ In deze zaak is tijdens een operatie een injectienaald in het lichaam van een patiënt gekomen en daarin achtergelaten. De operatie is in teamverband uitgevoerd door de verweerder (chirurg) met als assistenten drie gekwalificeerde operatieartsen en de operatiezuster. In dit arrest oordeelt de Hoge Raad in overeenstemming met het oordeel van het hof dat de operatie het hoogst verantwoordelijke werk was van al deze samenwerkende deskundigen, ieder voor zijn eigen werk gekwalificeerd. Gesteld noch gebleken is dat de andere leden van het team waren aangesteld door Nuboer. Het hof heeft dan ook terecht geoordeeld dat de andere leden van het team, de assistenten en de operatiezuster niet konden worden gezien als ondergeschikte in de zin van art. 1403 lid 3 BW (oud) van Nuboer, daar zij niet werkten voor en ten behoeve van Nuboer en deze hen niet voor die werkzaamheden gebruikte. De patiënt kreeg in dit geval dus geen vergoeding voor de door haar geleden schade.

6.4.2 Art. 7:462 BW, de reikwijdte van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid en de betekenis voor het zorgnetwerk

Ingevolge lid 1 van art. 7:462 BW geldt de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor fouten die worden gemaakt binnen de muren van het ziekenhuis. Voor de vraag welke betekenis aan art. 7:462 BW toekomt in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk, is de reikwijdte van de bepaling van belang. Hierbij zijn met name twee aspecten relevant: allereerst wat wordt verstaan onder een *ziekenhuis* en vervolgens wat wordt bedoeld met verrichtingen die plaatsvinden *in* het ziekenhuis.

In het tweede lid van art. 7:462 BW is limitatief⁶⁰⁶ neergelegd wat onder een ziekenhuis als bedoeld in lid 1 moet worden verstaan: een krachtens art. 5 Wet toelating zorginstelling als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting toegelaten instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis alsmede een abortuskliniek in de zin van de Wet afbreking zwangerschap. De besproken verschijningsvormen van netwerken kunnen niet worden gezien als een dergelijke instelling.⁶⁰⁷

Met betrekking tot het tweede punt kan twijfel bestaan over de vraag of bijvoorbeeld een huisartsenpost gevestigd op het terrein van het ziekenhuis valt onder de centrale aansprakelijkheid van dit ziekenhuis.⁶⁰⁸ Dit punt kan relevant zijn voor het *acutezorgnetwerk* aangezien zowel het ziekenhuis als de huisartsenpost belangrijke spelers zijn binnen de acute

⁶⁰⁴ HR 31 mei 1968, ECLI:NL:HR:1968:AC4869, NJ 1968/323 (Nuboer-arrest).

⁶⁰⁵ Ten Hoopen 2007, p. 1595.

⁶⁰⁶ Leenen 2017, p. 610-611.

⁶⁰⁷ Vgl. Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/397, Tjong Tjin Tai is van mening dat de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid niet van toepassing is op het fenomeen 'ketenzorg', waarbij verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen samenwerken om collectief een bepaald effect te bereiken.

⁶⁰⁸ Zie hierover bijvoorbeeld Wijne 2017 (a), p. 437.

zorg.⁶⁰⁹ De relevantie hiervan voor dit onderzoek blijft echter hiertoe beperkt aangezien zorgaanbieders die deel uitmaken van de drie verschijningsvormen van zorgnetwerken die in dit onderzoek centraal staan, veelal niet gevestigd zijn op het terrein van het ziekenhuis.

De centrale aansprakelijkheid biedt dus geen mogelijkheid aansprakelijkheid toe te delen in geval er sprake is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een van de drie verschijningsvormen van netwerken.

6.5 Art. 6:166 BW groepsaansprakelijkheid, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

Aangezien een netwerk bestaat uit meerdere aan elkaar gerelateerde partijen ligt het voor de hand te toetsen of de groepsaansprakelijkheid neergelegd in art. 6:166 BW toedeling van aansprakelijkheid mogelijk maakt in geval van gebrekkige samenhangende zorg.⁶¹⁰

6.5.1 Onrechtmatige deelname aan de groep

Art. 6:166 BW maakt het mogelijk dat alle personen die deel uitmaken van een groep hoofdelijk aansprakelijk zijn indien één van de tot de groep behorende personen schade toebrengt. Hiervoor is wel vereist dat de kans op het toebrengen van schade de personen had moeten weerhouden van hun gedragingen in groepsverband en deze gedragingen hun kunnen worden toegerekend⁶¹¹. In geval van groepsaansprakelijkheid, neergelegd in art. 6:166 BW, is niet de gebeurtenis/gedraging pas onrechtmatig, maar het deel uitmaken van de groep al.⁶¹² Daarmee is de aansprakelijkheid van art. 6:166 BW geconstrueerd als een aansprakelijkheid op grond van eigen onrechtmatig gedrag.⁶¹³ De bepaling maakt iedereen die tot de groep behoort aansprakelijk en niet alleen die personen die de schade ook daadwerkelijk hebben veroorzaakt. De bepaling voorkomt dat de aangesprokene, die mogelijk de daad zelf niet heeft verricht, het geslaagde verweer voert dat ook zonder zijn deelname aan de gedragingen in groepsverband de schade zou zijn voorgevallen.⁶¹⁴ In zijn toelichting op het Nieuw Burgerlijk Wetboek heeft Meijers met art. 6:166 BW buiten twijfel willen stellen dat een deelnemer zich niet aan medeaansprakelijkheid kan onttrekken met een beroep op het ontbreken van een causaal verband tussen zijn onrechtmatige gedraging en de door de benadeelde geleden schade.⁶¹⁵ Art.

⁶⁰⁹ Art. 7:462 BW geldt overigens niet voor huisartsenposten zelf, zie Leenen e.a. 2017, p. 610-611.

⁶¹⁰ Zie over groepsaansprakelijkheid en causaliteit Boonekamp 1990, m.n. hoofdstuk 2.

⁶¹¹ Hierbij is niet alleen art 6:162 lid 3 BW, maar ook art. 6:164 BW jo. art 6:169 BW en art. 6:165 BW relevant als gevolg waarvan een groepslid dat de leeftijd van veertien jaar nog niet heeft bereikt niet aansprakelijk kan worden gesteld en de ouders slechts in de plaats treden als de gedraging als een doen is te beschouwen en een geestelijke of lichamelijke tekortkoming geen beletsel vormt voor aansprakelijkheid van een groepslid voor een als doen te beschouwen gedraging. Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/127.

⁶¹² Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-II) 2013/96.

⁶¹³ Boonekamp 1990, p. 5.

⁶¹⁴ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/127, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-II) 2013/96.

⁶¹⁵ Van Zeven & Du Pon 1981, p. 662.

6:166 BW doet dan ook vaststaan dat deelname aan de groep en de schade in voldoende causaal verband staan.⁶¹⁶ Hiermee wordt de onzekerheid over de causale relatie tussen de gedraging van een bepaalde persoon en de schade geheeld.

Recent heeft de Hoge Raad een arrest⁶¹⁷ gewezen dat meer duidelijkheid geeft met betrekking tot de afbakening van de groepsaansprakelijkheid. In deze zaak vorderen verzekeraars en vervoerders hoofdelijke aansprakelijkheid van acht personen voor de schade die zij hebben geleden door een aantal ladingdiefstallen uit vrachtwagens die in de periode van een klein jaar op verschillende plaatsen in het land zijn gepleegd. Zij baseren deze vordering op art. 6:166 BW en stellen dat in groepsverband jegens hen onrechtmatig is gehandeld, aangezien zij allen deel uitmaakten van de criminele organisatie die de ladingdiefstallen heeft gepleegd en zich schuldig hebben gemaakt aan heling van de gestolen goederen.

De Hoge Raad oordeelt in de zaak dat de in art. 6:166 BW neergelegde aansprakelijkheid niet is beperkt tot gedragingen *in turba* (daden gepleegd tijdens wanorde, gewoel, gedrang of verwarring van een menigte mensen). Ook is eenheid van tijd en plaats van de gedragingen niet vereist om aansprakelijkheid op grond van de bepaling aan te nemen.⁶¹⁸ In zoverre lijkt de Hoge Raad toepassing van de groepsaansprakelijkheid mogelijk te achten in situaties dat meerdere partijen in samenhang, al dan niet georganiseerd, over een langere periode handelingen verrichten die als onrechtmatig kunnen worden bestempeld.

De Hoge Raad geeft hierbij echter ook een restrictie. Hij oordeelt dat een strafrechtelijke veroordeling wegens overtreding van art. 140 WvSr (dat strafbaar stelt deelneming aan een organisatie die het plegen van misdrijven tot oogmerk heeft) niet voldoende is voor het aannemen van gedragingen in groepsverband. De gedragingen in groepsverband waarop art. 6:166 BW ziet, betreffen niet het deelnemen aan een dergelijke organisatie, maar concrete onrechtmatige handelingen in groepsverband die schade hebben veroorzaakt. Deelname aan een organisatie en betrokkenheid bij een door de leden van deze organisatie gepleegde onrechtmatige daad (strafbaar feit) volstaat derhalve niet voor het aannemen van gedragingen in groepsverband ter zake van ook andere vanuit deze organisatie begane onrechtmatige daden. Enkel de bewezen deelname aan een bepaalde organisatie of groep is onvoldoende om aansprakelijkheid op grond van art. 6:166 BW te kunnen aannemen voor alle door de groep gepleegde onrechtmatige daden. De Hoge Raad lijkt hiermee te willen benadrukken dat voor toepassing van art. 6:166 BW gedragingen in groepsverband zijn vereist. Dat wil zeggen dat de aangesprokene op een of andere manier een bijdrage aan de onrechtmatige daden moet

⁶¹⁶ Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015/127, Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-II) 2013/96.

⁶¹⁷ HR 2 oktober 2015, ECLI:NL:HR:2015:2914, NJ 2016/194.

⁶¹⁸ HR 2 oktober 2015, ECLI:NL:HR:2015:2914, NJ 2016/194, r.o. 3.5.1.

hebben geleverd: actief, passief fysiek of psychisch⁶¹⁹ en dat het slechts het behoren tot de groep onvoldoende is hier aansprakelijkheid op te baseren.

6.5.2 Art. 6:166 BW groepsaansprakelijkheid, de betekenis voor het zorgnetwerk

De betekenis van de groepsaansprakelijkheid voor zorgnetwerken is beperkt. Het is hierbij niet relevant een onderscheid te maken tussen verschillende verschijningsvormen. Over de reikwijdte van de bepaling is tijdens de totstandkoming gediscussieerd⁶²⁰. In de parlementaire stukken wordt als voorbeeld genoemd van een groep waarop art. 6:166 BW in beginsel niet van toepassing is, het medisch team waarvan een of meer deelnemers tijdens een operatie een fout begaat, waardoor de patiënt schade lijdt.⁶²¹ Mijn verwachting is dat dit ook geldt voor de door mij omschreven zorgnetwerken. Aan de goede bedoelingen die de zorgaanbieders in deze netwerken hebben ten aanzien van de patiënt en het samenwerken, wordt immers niet getwijfeld. En zelfs als de samenwerking niet alleen gericht is op de verbetering van de kwaliteit van zorg, maar bijvoorbeeld ook op efficiëntie of besparing van financiële middelen, hoeft dit mijns inziens de zorgaanbieders niet te weerhouden van deelname aan deze samenwerking en het netwerk.

De figuur van de groepsaansprakelijkheid is wel op een andere manier relevant voor de netwerkproblematiek. Zij legt immers problemen bloot die ook in sommige netwerksituaties aan de orde kunnen zijn. Zo moet voor toepassing van de groepsaansprakelijkheid de schade het gevolg zijn van een onrechtmatige daad. In de parlementaire stukken wordt een voorbeeld genoemd waar het op dit punt stuk zal lopen. Genoemd wordt schade aan een grasmat van een park of een plantsoen waar een demonstratie is gehouden. Deze schade is niet ontstaan door één veroorzaker uit de groep, maar het gevolg van het enkele feit dat zich daar zoveel mensen hebben verzameld.⁶²² Een vergelijkbare situatie is denkbaar als het gaat om netwerkaansprakelijkheid. De schade kan een optelsom zijn van het handelen van verschillende zorgaanbieders uit het netwerk zonder dat door deze zorgaanbieders afzonderlijk onrechtmatig is gehandeld. Indien de schade door één zorgaanbieder zou zijn veroorzaakt, zou de gebeurtenis die de schade heeft veroorzaakt waarschijnlijk wel als onrechtmatig kunnen worden gekwalificeerd. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat in sommige gevallen, als maar genoeg partijen bij het ontstaan van een schade zijn betrokken, dit de veroorzakers vrijwaart van

⁶¹⁹ Boonekamp geeft in zijn commentaar op de uitspraak aan dat de aansprakelijkheid van art. 6:166 BW berust op een noodzakelijke combinatie van twee elementen: het behoren tot de groep en het hebben deelgenomen aan gedragingen die in groepsverband hebben plaatsgevonden, R.J.B. Boonekamp, De onrechtmatige daad in groepsverband bij de Hoge Raad: HR 2 oktober 2015, ECLI:NL:HR:2015:2914, AV&S 2016/7, p. 50.

⁶²⁰ In deze discussie werd onder meer op rechtsbeginselen als het recht van meningsuiting, vergadering en betoging gewezen. Dit met het oog op de vraag in hoeverre demonstraties onder de groepsaansprakelijkheid vallen, zie Reehuis & Slob 1990, p. 1355.

⁶²¹ Voorlopig Verslag II van het Nieuwe Burgerlijk Wetboek, Van Zeven & Du Pon 1981, p. 664.

⁶²² Nota II bij de Invoeringswet van boek 6 van het Nieuwe Burgerlijk Wetboek, Reehuis & Slob 1990, p. 1355.

aansprakelijkheid. Geconcludeerd zou kunnen worden dat samenwerking in bepaalde gevallen leidt tot een zogenaamde 'dode hoek' in de toepassing van het aansprakelijkheidsrecht.

Een vergelijking met de figuur van de groepsaansprakelijkheid is om nog een andere reden interessant. Net als een netwerk heeft een groep geen rechtspersoonlijkheid waardoor zij ook niet aansprakelijk kan zijn. Anders dan de term groepsaansprakelijkheid doet vermoeden, wordt ook niet de groep als eenheid, maar worden de leden van de groep aansprakelijk gesteld.⁶²³ De groepsleden worden dus individueel verantwoordelijk gehouden indien het collectief zich misdraagt. De rechtvaardiging hiervoor is niet gelegen in de bijdrage die zij hebben geleverd aan de gebeurtenis, maar is gelegen in het gegeven dat zij zich gezien de kans op schade van gedragingen in groepsverband hadden moeten weerhouden. Een rechtvaardiging die - zoals hierboven reeds verwoord - in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk niet op zal gaan. Voor het individueel aansprakelijk houden van zorgaanbieders voor de gebrekkige samenhangende zorg verleend door het totale netwerk zal daarom een andere rechtvaardiging moeten worden gevonden.

De groepsaansprakelijkheid van art. 6:166 BW heeft dus geen directe betekenis voor de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een van de drie verschijningsvormen van netwerken die het object zijn van dit onderzoek.

6.6 Art. 7A:1655 BW maatschap, grondslag voor aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg

Een mogelijkheid die wordt nagelopen, is of het zorgnetwerk kan worden gekwalificeerd als een maatschap. Een maatschap is namelijk een juridische samenwerkingsvorm, maar geen rechtspersoon⁶²⁴; of om in netwerktermen te spreken, de maatschap is géén hiërarchie. De vennoten in een maatschap blijven zelfstandig, maar zijn wel met elkaar verbonden.

6.6.1 Wettelijke samenwerkingsvormen (maatschap)

De huidige wet kent drie verschillende soorten personenvennootschappen: de maatschap, de vennootschap onder firma (VOF) en de commanditaire vennootschap (CV).⁶²⁵ Hierbij geldt dat de maatschap moet worden gezien als de basisfiguur. De VOF en de CV zijn bijzondere maatschappen. Dit betekent dat de regels met betrekking tot de maatschap ook gelden voor de

⁶²³ Zie hierover tevens Boonekamp 1990, p. 9.

⁶²⁴ Vgl. Mohr/Meijers 2013, p. 1, Stokkermans 2017, p. 92,

⁶²⁵ Het huidige personenvennootschapsrecht dateert van 1838. Bij de invoering van het NBW zijn slechts enkele tekstuele en andere minimale wijzigingen doorgevoerd. Door de jaren heen zijn er verschillende pogingen gedaan het personenvennootschapsrecht te moderniseren. Het meest recente voorstel daartoe is dat van de werkgroep-Van Olffen. Het voorstel van deze werkgroep voorziet in een stille vennootschap en in een openbare vennootschap in de vorm van een maatschap, VOF en CV. Alle drie deze vormen in een variant met en een variant zonder rechtspersoonlijkheid, Stokkermans 2017, p. 2 e.v.

andere personenvennootschappen; dit voor zover de meer speciale regels zoals neergelegd in het Wetboek van Koophandel (WvK) niet anders bepalen.⁶²⁶

Personenvennootschappen zijn contractuele samenwerkingsvormen en hebben geen rechtspersoonlijkheid zoals de rechtspersonen die zijn geregeld in boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.⁶²⁷ Wel kennen zij een eigen aansprakelijkheidsregiem. Indien de overeenkomst wordt gesloten met de maatschap,⁶²⁸ dan zijn de maten persoonlijk aansprakelijk voor de daaruit voortvloeiende verplichtingen. Is er sprake van een tekortkoming in de nakoming van een deelbare prestatie, dan geldt, ingevolge artt. 7A:1679-art. 7A:1681 BW, dat de maten voor gelijke delen extern aansprakelijk zijn. Gaat het om een ondeelbare prestatie dan is men hoofdelijk verbonden op grond van art. 6:6 lid 2 BW.⁶²⁹ In het geval er sprake is van de door de maatschap aanvaarde opdracht, dan is op grond van art. 7:407 lid 2 BW *iedere* maat jegens de opdrachtgever aansprakelijk voor het geheel.⁶³⁰ Dit is hier relevant aangezien de geneeskundige behandelingsovereenkomst een overeenkomst van opdracht is en de zorgaanbieders uit de besproken netwerken zorg veelal zullen verlenen op basis van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Voor de VOF geldt op basis van art. 18 WvK dat de vennoten hoofdelijk aansprakelijk kunnen worden gehouden door derde benadeelden. De commanditaire vennoot draagt op grond van art. 20 lid 3 WvK in beginsel niet verder bij in de schade dan het bedrag dat hij in de vennootschap heeft ingebracht of heeft moeten inbrengen. Juist omdat personenvennootschappen een eigen aansprakelijkheidsregiem kennen, is het relevant na te gaan of een netwerk (in sommige gevallen) kan worden beschouwd als een personenvennootschap of dat analoge toepassing van het personenvennootschapsrecht kan worden verdedigd. Om een aantal redenen ligt het vervolgens in de lijn der verwachtingen hierbij de nadruk te leggen op de figuur van de maatschap. Van oudsher regelt de maatschap immers de samenwerking tussen de beroepen, zoals dat van advocaten, notarissen alsook artsen en andere hulpverleners. Ook de mogelijkheid een stille maatschap te vormen, is een argument waarom ik me vooral richt op de maatschap. Het onderscheid tussen de stille maatschap en een openbare maatschap is niet in de wet geregeld, maar volgt uit de doctrine en de rechtspraak. Een maatschap is openbaar wanneer zij naar buiten treedt onder

⁶²⁶ Zie hierover: Hamers & Van Vliet 2012, p. 7. Dit volgt voor de VOF bovendien uit de in art. 18 Wetboek van Koophandel gegeven definitie waarin de VOF wordt omschreven als: 'de vennootschap onder firma is een maatschap (...).'

⁶²⁷ Zie ook HR 15 maart 2013 ECLI:NL:HR:2013:BY7840, *NJ* 2013/290 (Biek Holdings).

⁶²⁸ De maatschap wordt hierbij vertegenwoordigd door een of meerdere maten. Opgemerkt dient hier te worden dat niet de maatschap als rechtssubject, maar het samenwerkingsverband de overeenkomst sluit en dus dat het de maten in hun onderlinge verband zijn die worden vertegenwoordigd. Zie hierover onder meer Nijland 2015, p. 129.

⁶²⁹ Hamers & Van Vliet 2012, p. 75.

⁶³⁰ HR 15 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY7840, *NJ* 2013, 290 (Biek Holdings) r.o. 3.4.2. en 3.5.1, zie ook Stokkermans 2015, Teuben 2013 en Nijland 2015, p. 131. Nijland toont zich overigens zeer kritisch ten aanzien van de opvatting van de Hoge Raad dat art. 7:407 lid 2 BW met zich meebrengt dat *alle* maten uit de maatschap hoofdelijk verbonden zijn in geval een overeenkomst van opdracht wordt aangegaan door de maatschap.

gemeenschappelijke naam.⁶³¹ De vennoten opereren dan in naam van de maatschap. Is voor derden het bestaan van de maatschap niet kenbaar, dan spreekt men van een stille maatschap.⁶³² De optie van een stille maatschap neemt een drempel voor het ontstaan van een maatschap weg en vergroot hiermee het toepassingsbereik van het personenvennootschapsrecht. Mogelijk wordt het hierdoor ook eenvoudiger het netwerk te kwalificeren als een maatschap. In veel gevallen zijn patiënten er immers niet van op de hoogte dat hun zorg wordt verleend door een netwerk. Laat staan dat zij dit netwerk zien als een maatschap.

6.6.2 Essentialia van de maatschap, de betekenis voor het zorgnetwerk

Voor de vraag of een zorgnetwerk kan worden gekwalificeerd als een maatschap is het relevant vast te stellen welke criteria er zijn voor het ontstaan van een maatschap. De maatschap wordt in art. 7A: 1655 BW als volgt gedefinieerd:

“Maatschap is eene overeenkomst, waarbij twee of meerdere personen zich verbinden om iets in de gemeenschap te brengen, met het oogmerk om het daaruit ontstaande voordeel met elkander te delen.”

Hierbij valt op dat de enige formele eis die wordt gesteld aan de totstandkoming van de maatschap het sluiten van een overeenkomst is.⁶³³ Met een overeenkomst wordt hier bedoeld een obligatoire overeenkomst.⁶³⁴ Vaak bestaat deze overeenkomst uit meer dan twee partijen en moet zij dus worden gezien als een meerpartijenovereenkomst conform art. 6:213 lid 2 BW jo art. 6:279 BW.⁶³⁵ Dit is dan wel een bijzondere meerpartijenovereenkomst waarin niet de wederkerigheid van de relevante verbintenissen en daarmee de ruilverhouding tussen partijen voorop lijkt te staan, maar de samenwerking tussen partijen.⁶³⁶ De overeenkomst van maatschap is een consensuele vormvrije overeenkomst. Dit brengt mee dat haar bestaan met alle middelen kan worden bewezen.⁶³⁷ De inhoud van de overeenkomst bepaalt vervolgens of er sprake is van een maatschap.⁶³⁸ Zo dient er sprake te zijn van inbreng en het oogmerk om het voordeel te delen ten behoeve van alle vennoten. Enkel met inbreng hebben partijen hun doel – het behalen van vermogensrechtelijk voordeel – nog niet bereikt. De inbreng legt slechts de materiële basis onder de onderneming die partijen gezamenlijk willen gaan drijven.⁶³⁹ Met

⁶³¹ Huizink 2011, p. 6, Hamers & Van Vliet 2012, p. 51.

⁶³² Mohr/Meijers 2013, p. 93.

⁶³³ Vgl. Stokkermans 2017, p. 65.

⁶³⁴ Mohr/Meijers 2013, p. 4.

⁶³⁵ Zie hierover Huizink 2011, p. 11.

⁶³⁶ Nijland 2015, p. 129.

⁶³⁷ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/39, Stokkermans 201, p. 66.

⁶³⁸ Zie voor de kenmerken en de oprichting van de maatschap Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/28 e.v. Huizink 2011, hoofdstuk 2.

⁶³⁹ Mohr/Meijers 2013, p. 4.

inbreng wordt bedoeld dat partijen een werkelijke bijdrage dienen te geven, een positieve prestatie tot het bereiken van een gemeenschappelijk doel. De inbreng kan conform art. 7A:1662 lid 1 BW bestaan uit geld, goederen, genot van goederen en arbeid.⁶⁴⁰ Het oogmerk om het voordeel te delen, hoeft niet uitdrukkelijk te blijken, maar moet objectief uit de strekking van de inhoud van de overeenkomst kunnen worden afgeleid.⁶⁴¹ Het begrip voordeel mag ruim worden opgevat.⁶⁴² Van voordeel wordt gesproken in alle gevallen waarin partijen er door hun samenwerking in vermogensrechtelijk opzicht beter, of minder slecht voor komen te staan dan zonder deze samenwerking. Het gaat hierbij niet alleen om positief voordeel, maar ook om vermindering van verlies en het besparen van kosten. Het moet wel gaan om een vermogensrechtelijk voordeel. Een zuiver ideëel voordeel valt niet onder de reikwijdte van het begrip.⁶⁴³

Essentieel is dat de vennoten er gezamenlijk voor moeten zorgen dat de gecombineerde inbreng tot het beoogde voordeel leidt.⁶⁴⁴ Een belangrijk aspect waaraan de maatschap kan worden herkend, is dan ook de gerichtheid tot samenwerking en het hebben van een gemeenschappelijk doel. Hiermee onderscheidt de maatschap zich van andere overeenkomsten, zoals koop of huur.⁶⁴⁵ Niet dat bij andere overeenkomsten helemaal geen sprake is van samenwerking. Zo is voor het sluiten van een koop- of huurovereenkomst ook samenwerking nodig. Deze samenwerking is alleen niet - zoals bij de maatschap - gericht op een gemeenschappelijk doel. Voor de meeste obligatoire overeenkomsten geldt bovendien dat de belangen van partijen veelal ongelijksoortig en vaak tegengesteld aan elkaar zijn. De ene partij heeft bijvoorbeeld zijn zinnen gezet op een bepaalde dienst of goed of het huurgenot van een zaak, terwijl de andere partij uit is op betaling hiervoor. Ook in het geval van de maatschap kunnen de rechten en verplichtingen van elkaar afwijken, maar uiteindelijk staan partijen niet tegenover elkaar, maar naast elkaar.⁶⁴⁶ In het verlengde hiervan kan de eis van *affectio societatis* worden genoemd. Hieronder wordt verstaan: de uit de inhoud van de overeenkomst af te leiden wil van de vennoten tot samenwerken op voet van gelijkheid.⁶⁴⁷ Het ontbreken van hiërarchische verhoudingen is een belangrijk kenmerk van de maatschap.

⁶⁴⁰ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/31.

⁶⁴¹ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/35.

⁶⁴² Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/31.

⁶⁴³ Mohr/Meijers 2013, p. 51.

⁶⁴⁴ Mohr/Meijers 2013, p. 4.

⁶⁴⁵ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/6 en Huizink 2011, p. 11.

⁶⁴⁶ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/6.

⁶⁴⁷ Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017/29, Stokkermans 2017, p. 66, Mohr/Meijers 2013, p. 19, Hamers & Van Vliet 2012, p. 35.

Een uitspraak waarin de essentialia van de maatschap een belangrijke rol vormen, is HR 2 september 2011.⁶⁴⁸ Het geval heeft betrekking op een periode van ongeveer twintig jaar. In deze periode hebben meerdere dierenartsen samengewerkt in verschillende constructies (in loondienst, niet in loondienst tegen een vast bedrag per kwartaal onder de noemer 'voorschot' en eenmaal per jaar een variabel bedrag onder de noemer 'winst', in persoon of deel uitmakend van een BV). Op enig moment ontstaat tussen partijen een geschil over de vraag hoe de samenwerking tussen partijen dient te worden gekwalificeerd en of de samenwerking moet worden gezien als een maatschap zoals neergelegd in art. 7A:1655 BW. De Hoge Raad herhaalt in deze uitspraak de verschillende essentialia van de maatschap die door het hof zijn langsgelopen, te weten: een overeenkomst, samenwerking, gelijkheid/gelijkwaardigheid, verdeling van voordeel, inbreng en gerichtheid op voordeel voor alle deelnemers, en geeft aan dat deze in cassatie niet zijn bestreden.⁶⁴⁹ In cassatie is ook niet bestreden dat een overeenkomst van maatschap een consensuele, vormvrije overeenkomst is, die niet noodzakelijk schriftelijk behoeft te worden aangegaan, en zelfs stilzwijgend op grond van gedragingen van partijen tot stand kan komen. De klachten zijn gericht op de invulling en de toepassing van deze criteria. Onderdelen 1 en 2 in principaal appel hebben betrekking op de klacht dat het hof had moeten onderzoeken of er tussen partijen een overeenkomst van maatschap was gesloten en de klacht dat het hof heeft miskend dat voor het bestaan van een maatschap een contract tussen alle betrokkenen nodig is. De Hoge Raad oordeelt dat bovengenoemde klachten niet tot cassatie kunnen leiden. Alvorens dit oordeel te geven stelt de Hoge Raad kort samengevat het volgende voorop: het hof heeft bij gebrek aan een schriftelijk maatschapscontract gelet op alle overige omstandigheden en aanwijzingen. Hoewel het voor het aannemen van een maatschap niet vereist is dat partijen zichzelf welbewust beschouwen als vennoten, is de perceptie van alle betrokken 'vennoten' wel van belang. Voor de vraag of er sprake was van samenwerking op voet van gelijkheid (*affectio societatis*), oordeelt het hof dat niet doorslaggevend, maar wel illustratief is hoe derden tegen het samenwerkingsverband aankijken, terwijl bovendien de wijze waarop partijen daarop reageren eveneens van belang kan zijn voor hun perceptie van de situatie. Verder relevant in deze uitspraak is dat de Hoge Raad oordeelt dat, nu niet vaststaat om wat voor overeenkomsten het gaat, niet kan worden gezegd dat de rechtszekerheid zich in de onderlinge verhouding tussen partijen verzet tegen de stilzwijgende totstandkoming van een overeenkomst van maatschap. Ook indien tussen enkele van de betrokken partijen een overeenkomst van opdracht bestond, zou deze omstandigheid er niet aan in de weg staan dat de rechtsverhouding tussen partijen verandert zonder dat tussen hen daarop een specifiek daarop gerichte overeenkomst is gesloten.⁶⁵⁰ De belangrijkste verschillen tussen beide overeenkomsten brengen wel mee dat de motivering van het oordeel

⁶⁴⁸ HR 2 september 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ3876, *NJ* 2012/75 (DE/Fuchs e.a.).

⁶⁴⁹ HR 2 september 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ3876, *NJ* 2012/75 (DE/Fuchs e.a.), r.o. 3.4.

⁶⁵⁰ Stokkermans geeft aan dat terughoudendheid hierbij gepast is, Stokkermans 2017, p. 69.

van de rechter dat de rechtsverhouding tussen partijen zich heeft ontwikkeld van een overeenkomst van opdracht in een overeenkomst van maatschap aan hoge eisen moeten voldoen. Van belang is tevens dat het al dan niet bestaan van een winstverdelingsregeling niet beslissend is. Voldoende is als de maten gezamenlijk gerechtigd waren tot (een deel van) de winst. Ook hoeft de inbreng in de maatschap niet goederenrechtelijk te hebben plaatsgevonden. Het ter beschikking stellen van de goederen is voldoende om aan de inbrengverplichting van art. 7A:1655 BW te voldoen.

In eerste instantie lijkt de kwalificatie van het netwerk als maatschap mogelijk. De zorgaanbieders in een netwerk hebben immers een gezamenlijk doel; afstemming en samenwerking in de zorg. Daarnaast kan worden verdedigd dat het doel van de zorgaanbieders is het behalen van vermogensrechtelijk voordeel. Efficiëntere zorg en kostenbeheersing is veelal een van de doelen van het zorgnetwerk. Dit doel wordt bereikt door samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders en de inbreng van alle zorgaanbieders in de vorm van de zorg die zij verlenen aan de patiënt. Aan deze en andere essentialia van de maatschap wordt echter niet steeds voldaan.

In het *zorggroepnetwerk* worden afspraken gemaakt tussen de zorggroep en de afzonderlijke zorgaanbieders, maar maken de zorgaanbieders onderling geen afspraken (zie paragraaf 3.3). De samenwerking binnen het *zorggroepnetwerk* geschiedt dus niet zozeer tussen de zorgaanbieders. Daar komt bij dat de samenwerking tussen de zorggroep en de zorgaanbieders niet kan worden gezien als nevenschikte samenwerking vanwege de bijzondere positie die de zorggroep inneemt tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar (paragraaf 3.3).

De zorgaanbieders in het *gefaciliteerde netwerk* maken afspraken met elkaar en met de zorgondersteunende organisatie over de te verlenen zorg. Samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders geschiedt op voet van gelijkheid en de zorgondersteunende organisatie heeft in het netwerk geen bovengeschikte rol, maar ondersteunt de zorgaanbieders slechts bij het maken van samenwerkingsafspraken. De vraag is echter in hoeverre de zorgaanbieders in het *gefaciliteerde netwerk* tot doel hebben het behalen van vermogensrechtelijk voordeel. *Gefaciliteerde netwerken* binnen één gebouw geven op hun websites veelal aan afspraken met elkaar te maken over afstemming en samenwerking (zie paragraaf 3.4.2). Dat veel gezondheidscentra zich op deze wijze naar buiten toe presenteren, ondersteunt de kwalificatie van het netwerk binnen een gezondheidscentrum als maatschap. Hoewel het niet vereist is dat de zorgaanbieders ook welbewust vennoot binnen de maatschap zijn, blijft de perceptie hierbij van alle vennoten wel van belang.⁶⁵¹ Mijn verwachting is dat de verschillende zorgaanbieders binnen het gezondheidscentrum zichzelf niet als vennoot van de

⁶⁵¹ Vgl. Stokkermans 2017, p. 69. e.v..

maatschap, het gezondheidscentrum beschouwen, maar vooral gericht zijn op de eigen bedrijfsvoering. Wel verwacht ik dat naarmate de samenhang tussen de verschillende zorgaanbieders groter is en er ook daadwerkelijk sprake is van overleg en samenwerking, de kans groter wordt dat de zorgaanbieders in een *gefaciliteerd netwerk* als maatschap worden beschouwd.

Het *acutezorgnetwerk* lijkt in beginsel misschien wel het meest op een maatschap daar ieder netwerk een ROAZ kent. Toch denk ik niet dat een dergelijke kwalificatie van het *acutezorgnetwerk* kan worden aangenomen, aangezien het behalen van vermogensrechtelijk voordeel slechts heel beperkt een rol speelt in het *acutezorgnetwerk*. Het waarborgen van continuïteit en toegankelijkheid van de acute zorg is immers uitgangspunt.

Hoewel het zorgnetwerk dicht ligt tegen de figuur van de maatschap, denk ik niet dat zij in het concrete geval als maatschap kan worden beschouwd. In geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk zal daarom niet op basis van het personenvennootschapsrecht hoofdelijke aansprakelijkheid kunnen worden aangenomen.

6.7 Conclusie

Art. 6:74 BW, art. 6:162 BW

Het vorige hoofdstuk laat zien dat op de zorgaanbieders uit het netwerk die de patiënt zorg hebben verleend een plicht rust ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. Indien er in een concreet geval sprake is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk, zijn deze zorgaanbieders in beginsel allen (hoofdelijk) aansprakelijk voor de schade die de patiënt als gevolg hiervan lijdt op grond van art. 6:74 BW. Toch kan toedeling van aansprakelijkheid in een aantal gevallen problematisch zijn. Hierbij kan allereerst worden gedacht aan de situatie dat de schade een optelsom is van 'kleinere fouten' die afzonderlijk niet in strijd zijn met een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid. Toedeling van aansprakelijkheid op grond van art. 6:74 BW en art. 6:162 BW is in dat geval absoluut onmogelijk. Verder kunnen er ook praktische belemmeringen zijn die de toedeling van aansprakelijkheid bemoeilijken:

- Onduidelijkheid over de toedracht van het ontstaan van de schade. Vooral in netwerksituaties is denkbaar dat feiten onvoldoende helder zijn en dat het niet duidelijk is hoe de gebrekkige samenhangende zorg is ontstaan en welke zorgaanbieders hier een rol in hebben gespeeld.
- Dit kan het gevolg hebben dat de verkeerde zorgaanbieder wordt aangesproken; de gebrekkige samenhangende zorg is veroorzaakt door andere zorgaanbieders binnen het netwerk dan de aangesproken zorgaanbieder.

- De gebrekkige samenhangende zorg is niet terug te voeren op de schending van een concrete afstemmingsplicht. De norm krijgt voor deze specifieke situatie geen invulling door specifieke wetgeving, zelfregulering of rechtspraak.

Indien de patiënt een zorgaanbieder in het netwerk wil aanspreken met wie hij geen behandelingsovereenkomst heeft, dient hij zijn vordering te baseren op art. 6:162 BW. Een dergelijke vordering heeft slechts kans van slagen voor zover de gebrekkige zorg het gevolg is van gebrekkig beleid en/of gebrekkige organisatie van het netwerk, en de aangesproken zorgaanbieder hierin taken heeft laten liggen.

Ook de mogelijkheden aansprakelijkheid toe te delen aan de betrokken partijen bij het netwerk van zorgaanbieders (de zorggroep, zorgondersteunende organisatie en het ROAZ) is beperkt. Omdat de patiënt geen overeenkomst heeft met deze organisaties dient een vordering te worden gebaseerd op art. 6:162 BW. Toedeling van aansprakelijkheid op grond van art. 6:162 BW aan de zorggroep is slechts mogelijk voor zover de gebrekkige samenhangende zorg het gevolg is van de gebrekkige organisatie/coördinatie van het netwerk door de zorggroep. De invloed van de zorgondersteunende organisatie op het netwerk is in tegenstelling tot de zorggroep beperkt. Een vordering op grond van art. 6:162 BW jegens de zorgondersteunende organisatie heeft mijns inziens weinig kans van slagen. Toedeling van aansprakelijkheid aan het ROAZ is niet mogelijk omdat het ROAZ geen rechtspersoonlijkheid heeft en het ROAZ als zodanig dus ook geen zelfstandige drager van rechten en plichten is die aansprakelijk kan worden gehouden.

Contract en derden

De betekenis van het 'leerstuk' contract en derde is beperkt. Het levert niet direct aanknopingspunten op, op basis waarvan toedeling van aansprakelijkheid kan worden verruimd in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Wel is het een versterking/bevestiging van de idee dat men niet alleen rekening dient te houden met de contractuele wederpartij, maar ook met andere betrokkenen. Voor zowel de zorggroep als de ondersteunende organisatie geldt dat zij afspraken maken over de te verlenen zorg met de zorgaanbieders uit het netwerk. Mogelijk dat de patiënt rechten aan deze afspraken kan ontleen. Een vordering van de patiënt jegens de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie, en het gezondheidscentrum zou dus - onder omstandigheden - kunnen worden gestoeld op het gegeven dat deze organisaties afspraken met de zorgaanbieders ten behoeve van deze patiënt niet hebben nageleefd.

Art. 6:76 BW, art 6:170 BW en art. 6:171 BW

Art. 6:76 BW, art 6:170 BW en art. 6:171 BW bieden een 'centraal adres' voor aansprakelijkheid indien de wederpartij van een benadeelde gebruik heeft gemaakt van een hulppersoon respectievelijk ondergeschikte respectievelijk een niet-ondergeschikte. De bepalingen bieden de patiënt die schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg - en hiervoor een van de zorgaanbieders die hem zorg heeft verleend wil aanspreken - geen grondslag voor aansprakelijkheid. Genoemde bepalingen zijn pas relevant als iemand in opdracht of op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaamheden verricht. De zorgaanbieders binnen het netwerk werken echter naast elkaar, de ene zorgaanbieder schakelt daarbij niet de andere zorgaanbieder in en ook de zorggroep of de zorgondersteunende organisatie schakelen de zorgaanbieders niet in om aan de eigen verplichtingen jegens de patiënt te voldoen.

Art. 7:462 BW centrale ziekenhuisaansprakelijkheid

De centrale ziekenhuisaansprakelijkheid betekent geen verruiming van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. De reikwijdte beperkt zich tot de instelling en werkt dus alleen intramuraal, terwijl het zorgnetwerk transmurale zorg verleent.

Art. 6:166 BW groepsaansprakelijkheid

De groepsaansprakelijkheid biedt geen aanknopingspunten om aansprakelijkheid toe te delen aan de zorgaanbieders binnen het netwerk of de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie of de leden van het ROAZ indien er sprake is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk. Wel levert bestudering van de figuur een interessant inzicht op met betrekking tot de problematiek van het netwerk. Voor toepassing van art. 6:166 BW geldt immers dat de schade het gevolg moet zijn van een onrechtmatige daad. Dit kan een probleem zijn als de schade is veroorzaakt door een grote groep. Een vergelijkbaar probleem kan zich voordoen in netwerksituaties. Opvolgende fouten veroorzaken de schade maar geen van alle actoren handelt in strijd met civielrechtelijke normen voor aansprakelijkheid. Het aansprakelijkheidsrecht kent geen oplossing voor dit probleem.

Art. 7A:1655 BW maatschap

Als een zorgnetwerk kan worden gekwalificeerd als een maatschap, dan zijn de zorgaanbieders - in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk - op grond van art. 7:407 lid 2 BW aansprakelijk voor de gehele schade. Het netwerk ligt dicht tegen de figuur van het netwerk aan, maar lijkt toch niet één op één te passen. Zo geldt voor de maatschap dat alle partijen binnen de maatschap gericht zouden moeten zijn op samenwerking. Binnen het *zorggroepnetwerk* verloopt afstemming en samenwerking via de zorggroep. De maatschap is gericht op het behalen van een vermogensrechtelijk voordeel. In de meeste zorgnetwerken zal

niet het behalen van vermogensrechtelijk voordeel het hoofddoel zijn maar het verlenen van kwalitatief goede zorg. Bij de vraag of er sprake is van een maatschap speelt de perceptie van partijen een rol. Veelal zullen de zorgaanbieders binnen netwerken geen maatschap beogen.

7 Toedeling van aansprakelijkheid; een netwerkbenadering

7.1 Inleiding

Dit proefschrift (zie paragraaf 1.4.2) begint met de woorden van Buxbaum: “Network is not a legal concept”. De conclusie van dit onderzoek naar de aansluiting van het civiele aansprakelijkheidsrecht bij netwerken in de zorg onderschrijft dit: het bestaande recht kent geen constructies/figuren die naadloos aansluiten bij situaties van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk. In dit hoofdstuk wordt de mogelijkheid van de introductie van een netwerkaansprakelijkheid afgetast. Hierbij zullen de volgende aspecten aan de orde komen:

- In hoofdstuk 6 is een aantal belemmeringen in het bestaande recht besproken die de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk bemoeilijken. In paragraaf 7.2 worden deze belemmeringen kort samengevat en vervolgens wordt nagelopen of en zo ja in hoeverre deze belemmeringen de toedeling van aansprakelijkheid ook bemoeilijken in de concrete voorbeelden van gebrekkige samenhangende zorg die zijn geïntroduceerd in hoofdstuk 3.
- In paragraaf 7.3 wordt weergegeven wat onder een netwerkaansprakelijkheid dient te worden verstaan.
- In paragraaf 7.4 wordt onderzocht wat de meerwaarde is van netwerkaansprakelijkheid; wat zijn de voor- en nadelen van een dergelijke figuur?
- In paragraaf 7.5 wordt de aansluiting van een netwerkaansprakelijkheid bij het bestaande recht besproken.
- In paragraaf 7.6 wordt nagelopen of de voordelen die met behulp van een netwerkaansprakelijkheid kunnen worden behaald niet ook kunnen worden gegenereerd binnen het bestaande recht. Met andere woorden: is de introductie van een netwerkaansprakelijkheid noodzakelijk?
- In paragraaf 7.7 wordt een voorzet gegeven met betrekking tot de vorm, de invulling en de uitvoering van een netwerkaansprakelijkheid. Hierbij wordt aangeknoopt bij de netwerkanalyse, meer specifiek wordt nagelopen of de indicatoren *centralization*, *density*, *governance* en *keten of netwerk* richtinggevend kunnen zijn bij de keuze voor een bepaalde manier van toedeling van aansprakelijkheid.

7.2 Belemmeringen bij toedeling van aansprakelijkheid voor mevrouw

Fransen, de heer Basinas en mevrouw Bartels

In een aantal gevallen van gebrekkig samenhangende zorg zullen de feiten duidelijk zijn en is helder dat en door welke zorgaanbieder(s) in strijd met de norm ten aanzien van gebrekkige samenhangende zorg, zorg is verleend. Deze zorgaanbieder(s) kan/kunnen dan aansprakelijk

worden gehouden voor de schade als gevolg van een eigen tekortkoming in de nakoming van een opeisbare verbintenis (art. 6:74 BW), dan wel een eigen onrechtmatige daad (art. 6:162 BW). Indien meerdere zorgaanbieders aansprakelijk zijn, zijn zij jegens de patiënt alle voor het geheel aansprakelijk (art. 6:99 BW jo. 6:102 BW). In andere gevallen, zo laat hoofdstuk 6 zien, zijn er belemmeringen bij de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk.

Allereerst is van belang dat, wanneer meerdere zorgaanbieders bij de patiënt betrokken zijn, de schade een optelsom kan zijn van 'kleinere fouten' die afzonderlijk niet in strijd zijn met een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid. Toedeling van aansprakelijkheid op grond van art. 6:74 BW en art. 6:162 BW is in dat geval onmogelijk. Verder kunnen er ook praktische belemmeringen zijn die de toedeling van aansprakelijkheid bemoeilijken. Zo kan er onduidelijkheid bestaan over de toedracht en het ontstaan van de schade. Vooral in netwerksituaties is denkbaar dat feiten onvoldoende helder zijn en dat het niet duidelijk is hoe de gebrekkige samenhangende zorg is ontstaan en welke zorgaanbieders hier een rol in hebben gespeeld. Dit kan tot gevolg hebben dat de verkeerde zorgaanbieder wordt aangesproken; de gebrekkige samenhangende zorg is veroorzaakt door andere zorgaanbieders binnen het netwerk dan de aangesproken zorgaanbieder. Een belemmering kan ook zijn dat de gebrekkige samenhangende zorg niet is terug te voeren op de schending van een concrete afstemmingsplicht. De norm krijgt voor deze bijzondere situatie geen invulling door specifieke wetgeving, zelfregulering of rechtspraak.

Naast bovengenoemde belemmeringen zijn er in het huidige recht slechts beperkte mogelijkheden ook andere partijen in het netwerk dan de zorgaanbieder met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft met succes aan te spreken. Zorgaanbieders met wie de patiënt geen behandelrelatie heeft, maar die wel tot het netwerk behoren, kunnen doorgaans niet worden aangesproken en ook de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ blijven buiten schot.

Bestaande grondslagen/rechtsfiguren die onder omstandigheden de reikwijdte van het aansprakelijkheidsrecht verruimen, zoals art. 6:76 BW (aansprakelijkheid voor hulppersonen), art. 6:170 BW (aansprakelijkheid voor ondergeschikte), art. 6:171 BW (aansprakelijkheid voor niet-ondergeschikte), art. 7:462 BW (centrale ziekenhuisaansprakelijkheid), art. 6:166 BW (groepsaansprakelijkheid) en art. 7A:1655 BW (maatschap), kunnen deze belemmeringen niet wegnemen. Vaste en beperkte begrippenkaders en definities vormen een obstakel om het zorgnetwerk in te passen in het huidige wettelijke systeem. Zo is de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid beperkt tot de instelling, dus tot het eigen organisatorische verband en gaan de artt. 6:76, 6:170 en 6:171 BW uit van een hiërarchische structuur waarbij

de een de ander inschakelt om taken te verrichten, terwijl de patiënt geconfronteerd wordt met meerdere zorgaanbieders die naast elkaar zorg verlenen.

In hoofdstuk 3 gaf ik drie voorbeelden van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk:

1. *Zorggroepnetwerk*: Mevrouw Fransen heeft blijvende visusklachten als gevolg van gebrekkig afgestemde diabeteszorg (paragraaf 3.3.5).
2. *Gefaciliteerde netwerk*: De heer Basinas krijgt niet de goede medicijnen als gevolg van gebrekkig afgestemde dementiezorg (paragraaf 3.4.4).
3. *Acutezorgnetwerk*: Het dochttertje van mevrouw Bartels overlijdt als gevolg van gebrekkig afgestemde acute zorg (paragraaf 3.5.3).

Deze voorbeelden laten zien hoe bovengenoemde belemmeringen toedeling van aansprakelijkheid kunnen bemoeilijken.

Zorggroepnetwerk / Mevrouw Fransen

Zo krijgt mevrouw Fransen diabeteszorg van meerdere zorgaanbieders. Als gevolg van onvoldoende afstemming en samenwerking tussen deze zorgaanbieders lijdt mevrouw Fransen aan een visuele beperking. De vraag is wie mevrouw Fransen voor deze gebrekkige zorg verleend door het netwerk kan aanspreken. Potentieel aansprakelijke partijen zijn onder meer de zorggroep, de huisarts, de diëtist, het ziekenhuis, de internist, en de oogarts die haar hebben behandeld, maar mogelijk ook de andere zorgaanbieders uit het netwerk zoals de podotherapeut. Hoewel de zorggroep een belangrijke speler is binnen het netwerk, is mevrouw Fransen waarschijnlijk niet op de hoogte van het bestaan ervan. Mevrouw Fransen heeft ook geen geneeskundige behandelingsovereenkomst met de zorggroep. De zorgplicht die de zorggroep heeft jegens mevrouw Fransen, heeft betrekking op de organisatie en coördinatie van de zorg binnen het netwerk. Het aandeel dat de zorggroep heeft in het ontstaan van de schade, is het voorschrijven van een nieuw informatiesysteem. Mijns inziens heeft zij daarmee geen zorgplicht jegens mevrouw Fransen geschonden. Ook denk ik niet dat het eenvoudig is met succes de zorgaanbieders aansprakelijk te stellen die mevrouw Fransen zorg hebben verleend. Voor de vraag of deze zorgaanbieders aansprakelijk zijn, moet niet alleen helderheid bestaan over de toedracht van de feiten, maar dient ook duidelijk te zijn hoe de afstemmingsplicht die op de zorgaanbieders rust in dit concrete geval invulling krijgt. Kan de huisarts en de internist bijvoorbeeld worden verweten dat zij het medicijnvoorschrift niet direct hebben aangepast toen mevrouw Fransen het advies van de diëtist ter harte had genomen elke avond een half uur te gaan wandelen? En heeft de oogarts zijn civielrechtelijke zorgplicht geschonden doordat het ziekenhuis verzuimd had mevrouw Fransen op te roepen voor een jaarlijkse controle? Het is

denkbaar dat toedeling van aansprakelijkheid in het geval van mevrouw Fransen niet mogelijk is, waardoor mevrouw Fransen geen vergoeding krijgt voor de schade die zij lijdt.

Gefaciliteerd netwerk / De heer Basinas

De heer Basinas krijgt dementiezorg van een zorgnetwerk dat wordt gefaciliteerd door een lokale zorgondersteunende organisatie. Na een ziekenhuisopname krijgt de heer Basinas niet de thuiszorg die hij nodig heeft, waardoor hij zijn medicijnen niet goed inneemt. Hierdoor is een heropname in het ziekenhuis noodzakelijk. Kan de heer Basinas iemand uit het netwerk aansprakelijk houden voor zijn schade? Partijen die mogelijk aansprakelijk zijn, zijn de zorgondersteunende organisatie, de zorgaanbieders die de heer Basinas zorg hebben verleend of zorg hadden moeten verlenen en de andere zorgaanbieders uit het netwerk. De kans dat de heer Basinas met succes de zorgondersteunende organisatie aan kan spreken, is mijns inziens niet erg groot. De zorgondersteunende organisatie faciliteert de samenwerking tussen de zorgaanbieders, maar de mogelijkheden om het handelen van zorgaanbieders daadwerkelijk te beïnvloeden, zijn gering. De afstemmingsplicht die op de zorgondersteunde organisatie rust, is beperkt en is in dit concrete geval waarschijnlijk niet geschonden. Of de zorgaanbieders in het netwerk aansprakelijk zijn, is mede afhankelijk van de vraag of zij afspraken over het toezicht op medicijngebruik en het inregelen van thuiszorg na een ziekenhuisopname hebben gemaakt en zo niet, of zij deze afspraken hadden moeten maken, en zo ja, met welke verdere inhoud. De huisarts heeft hierbij mogelijk een belangrijke rol en ook het ziekenhuis moet zich er mogelijk van vergewissen dat iemand ook na ontslag uit het ziekenhuis de zorg krijgt die hij nodig heeft. Toedeling van aansprakelijkheid wordt hier wel op meerdere manieren bemoeilijkt. Het is immers niet direct inzichtelijk wat de reikwijdte is van de zorgplicht die op de verschillende zorgaanbieders rust, maar ook bestaat de kans dat moet worden vastgesteld dat geen van de zorgaanbieders daadwerkelijk zijn zorgplicht heeft geschonden. Zo is de huisarts nog in dezelfde week dat de patiënt uit het ziekenhuis werd ontslagen bij hem op huisbezoek gegaan. Achteraf had hij beter eerder kunnen gaan, maar het is de vraag of dit te allen tijde van hem kan worden verwacht. Ook in het geval van de heer Basinas stuit toedeling van aansprakelijkheid dus op problemen.

Acutezorgnetwerk / Dochtertje van mevrouw Bartels

Het dochtertje van mevrouw Bartels is overleden aan een hersenvliesontsteking. Door de verschillende schakels in de acutezorgketen werd afwachtend gereageerd op de hulpvraag van mevrouw Bartels en informatie werd onvoldoende gedeeld. Het duurde hierdoor enkele dagen voordat de juiste diagnose werd gesteld. Wie kan mevrouw Bartels aansprakelijk stellen voor de schade? Potentieel aansprakelijke partijen zijn de huisarts, de huisartsenpost, de meldkamer, het ziekenhuis, en de kinderarts die betrokken zijn geweest bij de zorg aan het dochtertje van mevrouw Bartels. De vraag is of zij los van elkaar hun zorgplicht hebben geschonden. Heeft de

huisarts in strijd met de norm van ‘goed hulpverlener’ gehandeld door het meisje niet direct naar een specialist te verwijzen? Kleine kinderen hebben vaker koorts en zijn in veel gevallen ook snel weer opgeknapt. Of kan de huisarts van de huisartsenpost worden verweten dat hij het kind niet direct heeft laten langskomen? Toen mevrouw Bartels voor de tweede keer naar de huisartsenpost belde, werd haar gezegd dat ze over een uur langs zou kunnen komen. Los van elkaar hebben de zorgaanbieders misschien conform hun zorgplicht gehandeld. Toch heeft in dit voorbeeld het *acutezorgnetwerk* mijns inziens gefaald. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) kan daarvoor echter niet worden aangesproken omdat het ROAZ slechts een samenwerkingsverband is, geen rechtspersoonlijkheid heeft en er ook geen zorgplicht op het ROAZ rust (zie paragraaf 5.2.4.3 en paragraaf 6.2.2). Het huidige recht biedt evenmin mogelijkheden de leden van het ROAZ aan te spreken voor het collectief falen van het netwerk, waardoor toedeling van civiele aansprakelijkheid onmogelijk is.

De voorbeelden die hierboven worden genoemd, geven een beknopte weergave van de feiten. De werkelijkheid is complexer en genuanceerder. Afhankelijk van nadere gegevens en de omstandigheden van het concrete geval is de uitkomst bij toepassing van het civiele aansprakelijkheidsrecht mogelijk anders. (Zie over het belang van de feiten en de vaststelling daarvan ook paragraaf 7.6.2.)

7.3 Introductie van een netwerkaansprakelijkheid

De gereedschappen die het huidige recht biedt, zijn onvoldoende om netwerkaansprakelijkheid te realiseren. Een juridische figuur die specifiek is geschreven voor een situatie waarin gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door een netwerk, kan mogelijk tegemoetkomen aan de belemmeringen die het huidige recht kent bij de toedeling van aansprakelijkheid. De introductie van een netwerkaansprakelijkheid binnen het huidige juridische systeem vereist een wetswijziging.

Netwerkaansprakelijkheid is een regiem dat de externe aansprakelijkheid toedeelt aan één of meer netwerkpartij(en) indien een patiënt schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk. Twee aspecten zijn hierbij van belang:

1. Netwerkaansprakelijkheid legt de aansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg neer bij één partij of meer partijen betrokken bij het netwerk, ook als deze partij(en) niet of als niet vaststaat dat deze partij(en) zelf in strijd met de norm ten aanzien van afstemming en samenwerking heeft/hebben gehandeld. Netwerkaansprakelijkheid is hiermee een risicoaansprakelijkheid.
2. Netwerkaansprakelijkheid betekent dat voor de vraag of een zorgplicht is geschonden het handelen van de betrokken zorgaanbieders in zijn geheel moet worden beoordeeld. Men

moet dus niet beoordelen in hoeverre de individuele zorgaanbieder of hulpverlener in strijd met de norm van 'goed hulpverlener' heeft gehandeld, maar men moet uitgaan van de hypothetische situatie dat één van de zorgaanbieders de zorg aan de desbetreffende patiënt heeft verleend. Voor de vraag of de zorgplicht is geschonden, dient ook dan te worden aangesloten bij de norm van 'goed hulpverlener'.⁶⁵²

Een netwerkaansprakelijkheid impliceert niet dat het netwerk als een zelfstandige entiteit aansprakelijk kan worden gesteld. Het netwerk is immers geen (rechts)persoon en dus geen zelfstandige drager van rechten en plichten (zie: hoofdstuk 2 paragraaf 3.2).

Netwerkaansprakelijkheid kan worden toegepast indien er sprake is van gebrekkige samenhangende zorg. Gebrekkige samenhangende zorg (zie paragraaf 1.2.3) kan onder meer het gevolg zijn van:

- gebrekkige communicatie en afstemming tussen zorgaanbieders;
- gebrekkige zorg als uitkomst van een aantal (opeenvolgende) gebeurtenissen;
- gebrekkige samenhangende zorg als gevolg van een gebrekkig ontwerp van het netwerk.

Ik stel een netwerkaansprakelijkheid voor in alle gevallen dat gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk omdat niet altijd op voorhand duidelijk zal zijn of en tegen welke aansprakelijkheidsproblemen men in het geval van gebrekkige samenhangende zorg zal aanlopen. Mijns inziens dient een netwerkaansprakelijkheid een instrument te zijn dat de externe aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg van het netwerk regelt. De verdeling van de interne draaglast dient vervolgens over te worden gelaten aan de actoren binnen het netwerk.

Als er geen sprake is van gebrekkige samenhangende zorg geldt er ook geen netwerkaansprakelijkheid. Het gaat dan om situaties waarin het evident is welke zorgaanbieder uit het netwerk de gebrekkige zorg heeft verleend/welke zorgaanbieder de fout heeft gemaakt. De gebrekkige zorg/fout valt in een dergelijk geval binnen de reikwijdte van het eigen takenpakket van deze zorgaanbieder en heeft geen betrekking op afstemming en samenwerking met andere zorgaanbieders. Het civiele medische aansprakelijkheidsrecht is op gelijke wijze toepasbaar als in situaties dat de zorg niet door een netwerk van zorgaanbieders wordt verleend, maar door afzonderlijke zorgaanbieders. Deze situatie valt dan ook buiten de reikwijdte van dit onderzoek (zie paragraaf 1.2).

⁶⁵² Netwerkaansprakelijkheid onderscheidt zich hiermee bijvoorbeeld van de figuur van de groepsaansprakelijkheid van art. 6:166 BW. Leden van de groep kunnen op basis van art. 6:166 BW slechts aansprakelijk worden gesteld indien vaststaat dat zij een onrechtmatige daad hebben begaan (zie paragraaf 6.5.2).

Een netwerkaansprakelijkheid laat onverlet dat voor de vestiging van civiele medische aansprakelijkheid sprake dient te zijn van een conditio sine qua non verband. Ook in geval van netwerkaansprakelijkheid dient dus vast te staan dat de schade het gevolg is van gebrekkige samenhangende zorg en dient vervolgens met behulp van de leer van redelijke toerekening te worden vastgesteld of en welke schade vergoed dient te worden. Net als in gevallen waarin géén sprake is van gebrekkige samenhangende zorg, kunnen bij toepassing van een netwerkaansprakelijkheid vragen rijzen over bijvoorbeeld de begroting van de schade, kansschade en proportionele aansprakelijkheid.

Netwerkaansprakelijkheid kan op verschillende manieren vorm, invulling en uitvoering krijgen. Hierbij is met name van belang welke partij(en) met toepassing van een netwerkaansprakelijkheid aansprakelijk kan/kunnen zijn. In paragraaf 7.7 zal hier nader op in worden gegaan.

7.4 De meerwaarde van netwerkaansprakelijkheid?

De introductie van netwerkaansprakelijkheid impliceert een verandering in het bestaande aansprakelijkheidsrecht en de juridische verhoudingen tussen betrokkenen. Het is daarom belangrijk inzicht te hebben in wat de meerwaarde is van netwerkaansprakelijkheid ten aanzien van het bestaande recht. In de volgende paragrafen (paragraaf 7.4.1 en paragraaf 7.4.2) volgt een analyse van de voor- en nadelen van een netwerkaansprakelijkheid. De patiënt en diens belangen zijn hierbij als gezegd (in paragraaf 1.2.1 en paragraaf 2.3.3) het uitgangspunt.

7.4.1 Nadelen netwerkaansprakelijkheid

De mogelijkheid dat een partij aansprakelijk wordt gehouden die geen zorgplicht heeft geschonden

Indien meerdere zorgaanbieders in samenhang zorg verlenen en hierbij fouten worden gemaakt, biedt het huidige systeem zorgaanbieders de ruimte om naar de ander te wijzen: indien de ander verantwoordelijk is, is men zelf niet meer verantwoordelijk. Door de verleende zorg niet meer op te knippen in aparte handelingen verleend door verschillende hulpverleners/zorgaanbieders, maar de geboden zorg in het geheel te beoordelen, speelt dit probleem niet meer. Bij zorgaanbieders en andere betrokken partijen zou dit mogelijk als negatief kunnen worden ervaren. Men wordt verantwoordelijk gehouden voor het handelen van anderen of voor zaken waar men geen invloed op heeft. Bij de verdere invulling van netwerkaansprakelijkheid kan hier rekening mee worden gehouden. Daarnaast zullen de actoren die mogelijk aansprakelijk kunnen worden gehouden op grond van een netwerkaansprakelijk zich hier tegen kunnen verzekeren. Ook staat het partijen vrij in onderling overleg afspraken te maken over de interne draagplicht en regres.

Aansprakelijkheid wordt mogelijk zonder dat er een partij is die een zorgplicht heeft geschonden

Het kan als nadeel worden gezien dat netwerkaansprakelijkheid toedeling van aansprakelijkheid mogelijk maakt ook in het geval de zorgaanbieders los van elkaar niet in strijd met een civielrechtelijke norm hebben gehandeld. De functie van het aansprakelijkheidsrecht is immers niet zozeer schadevergoeding, maar het normeren van handelen; vaststellen wanneer een verplichting tot schadevergoeding op zijn plaats is.⁶⁵³ Ons recht biedt nauwelijks aansprakelijkheid zonder dat van enig tekortschieten sprake is.⁶⁵⁴ Zelfs als het gaat om aansprakelijkheid voor personen, dieren en gevaarlijke stoffen gaat het om onwenselijk gedrag of om een onwenselijke toestand, althans om situaties die voorkomen hadden kunnen worden.⁶⁵⁵ Ook in geval van netwerkaansprakelijkheid wordt echter getoetst of de zorg die is verleend voldoet aan de norm. Hierbij wordt uitgegaan van de hypothetische situatie dat de zorg is geboden door één zorgaanbieder. Door niet het individuele handelen van hulpverleners/zorgaanbieders te toetsen, maar te toetsen of de zorg die in samenhang door het netwerk is verleend, voldoet aan de norm, wordt recht gedaan aan het netwerk. Op deze manier wordt een risicoaansprakelijkheid in het leven geroepen waarmee het recht het feitencomplex van het netwerk en het gegeven dat fouten in samenhang worden gemaakt, erkent.⁶⁵⁶

De partijen binnen het netwerk verschillen van elkaar in grootte, invloed, financiële middelen en kennis

Van belang is dat partijen binnen het netwerk van elkaar verschillen in grootte, invloed, financiële middelen en kennis. Hiermee dient rekening te worden gehouden bij de vorm, invulling en uitvoering van netwerkaansprakelijkheid (zie paragraaf 7.7).

Partijen binnen het netwerk beogen geen aansprakelijkheidsconsequenties

Zorgaanbieders participeren steeds vaker in samenwerkingsverbanden. Zorgaanbieders en andere organisaties die deelnemen aan een netwerk beogen hiermee de kwaliteit van de zorg te verbeteren en mogelijk efficiënter te kunnen werken. De actoren van het netwerk zullen niet altijd voorzien of beogen dat hier aansprakelijkheidsconsequenties aan worden verbonden. In het belang van de patiënt mag dit geen reden zijn om niet te kiezen voor een netwerkaansprakelijkheid, maar moet dit juist een argument zijn om in overleg te treden met het beroepsgroep alsook de discussie aan te gaan over de aansprakelijkheidsconsequenties die afstemming en samenwerking met zich mee (zouden moeten) brengen.

⁶⁵³ Zweigert & Kötz 1998, p. 597, Hartlief 1997.

⁶⁵⁴ Hartlief 1997, p. 27.

⁶⁵⁵ Hartlief 1997, noot 64.

⁶⁵⁶ Een netwerkaansprakelijkheid sluit bovendien aan bij de verschillende motieven die een risicoaansprakelijkheid kunnen rechtvaardigen zoals slachtofferbescherming, verzekerbaarheid, de eenheidsgedachte en de profijtgedachte, zie Klaassen 1991, p. 195 e.v..

Risico dat partijen het netwerk verlaten

Een gevolg van netwerkaansprakelijk is mogelijk dat men (mede) aansprakelijk wordt gehouden voor schade terwijl men zelf geen zorgplicht heeft geschonden. In de beroepspraktijk zou daarbij de angst kunnen bestaan dat een netwerkaansprakelijkheid leidt tot een vergroting van de aansprakelijkheidslast. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat partijen dan niet meer bereid zijn tot samenwerking en deel te nemen aan het netwerk.⁶⁵⁷

Kramer heeft in haar dissertatie⁶⁵⁸ voor twee soorten gezondheidszorgnetwerken in Nederland⁶⁵⁹ onderzocht wat de reactie is van zorgaanbieders op veranderingen in de omgeving van het netwerk op het *network commitment*, oftewel de mate waarin een actor in het netwerk een relatie wil houden met het netwerk.⁶⁶⁰ Het bestaan van een netwerk impliceert dat de organisaties in het netwerk een (tijdelijke) balans hebben kunnen vinden tussen de eigen belangen en de collectieve belangen.⁶⁶¹ De omgeving is hierbij een bepalende factor. Deze omgeving is constant onderhevig aan veranderingen. Het is dus aan de partijen in het netwerk om voortdurend hun eigen belangen af te zetten tegen het netwerkbelang. Veranderingen in de omgeving kunnen deze balans verstoren, waardoor de bereidheid van organisaties om deel te nemen aan het netwerk af zou kunnen nemen.⁶⁶²

Een van de omgevingsfactoren van het netwerk is het toepasselijke aansprakelijkheidsregiem. Kramer neemt dit mee in haar onderzoek door de reactie te meten van de zorgaanbieders in het netwerk op de invoering van een netwerkaansprakelijkheid inhoudende dat alle partijen hoofdelijk aansprakelijk zijn voor gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk. Uit het onderzoek van Kramer volgt dat de invoering van hoofdelijke aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk geen wezenlijk effect heeft op het *network commitment*. Met andere woorden: de zorgaanbieders zullen het netwerk niet massaal verlaten indien men een netwerkaansprakelijkheid introduceert.⁶⁶³ Blijkbaar - maar dat is niet onderzocht - weegt de deelname aan het netwerk dus op tegen een eventuele hoofdelijke aansprakelijkheid en wordt dit voor lief genomen. Het netwerk levert de zorgaanbieder immers ook patiënten, informatie en/of andere middelen op. Daarnaast kan een rol spelen dat zorgaanbieders er vanuit gaan zich te kunnen verzekeren tegen netwerkaansprakelijkheid.⁶⁶⁴ Een aanname die gestoeld zou kunnen zijn op het gegeven dat in de gezondheidszorg

⁶⁵⁷ Verschillende zorgprofessionals die ik heb geïnterviewd, spraken deze zorg uit. Interviews met zorgprofessionals, afgenomen in de periode oktober 2010-april 2011.

⁶⁵⁸ Kramer 2014.

⁶⁵⁹ Kramer heeft negen CVA-netwerken onderzocht en elf palliatieve zorgnetwerken, Kramer 2014, p. 40.

⁶⁶⁰ Kramer 2014, p. 3 en hoofdstuk 2 paragraaf 2.2.

⁶⁶¹ Kramer 2014, p. 2.

⁶⁶² Kramer 2014, p. 3.

⁶⁶³ Kramer 2014, p. 121.

⁶⁶⁴ Zie over de rol van beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar Wijne 2017 (a), p. 735 e.v.

aansprakelijkheidsrisico's in het algemeen afdoende worden gedekt.⁶⁶⁵ Wel is van belang dat het commitment enigszins afneemt naarmate het netwerk groter wordt; uit meer actoren bestaat.⁶⁶⁶

Het medisch beroepsgeheim vormt mogelijk een belemmering informatie te delen

Om te kunnen afstemmen en samen te kunnen werken, is het delen van informatie veelal cruciaal. Het medisch beroepsgeheim werpt mogelijk belemmeringen op.⁶⁶⁷ Het medisch beroepsgeheim geldt voor iedereen die in de gezondheidszorg werkt. Dit kan voortvloeien uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst of uit het gegeven dat iemand als beroepsbeoefenaar werkzaam is.⁶⁶⁸ Het beroepsgeheim geldt niet alleen voor degene die de zorg feitelijk verleent, maar ook voor de instelling.⁶⁶⁹ Voor niet-medisch personeel dat werkt in de instelling geldt een afgeleid beroepsgeheim.⁶⁷⁰ De zorgaanbieders uit de verschijningsvormen van de netwerken die ik heb onderzocht sluiten alle een behandelingsovereenkomst met de patiënt. Het beroepsgeheim geldt dus voor ieder van hen. Het medisch beroepsgeheim ziet onder meer op de geheimhoudingsplicht zoals neergelegd in art. 7:457 BW.⁶⁷¹ Zo mag de hulpverlener ingevolge art. 7:457 BW geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van het medisch dossier verstrekken aan anderen dan de patiënt, tenzij deze toestemming hiervoor heeft gegeven. De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener kent een aantal uitzonderingen. Zo kan een wettelijke bepaling voorschrijven dat in een bepaalde specifieke situatie het beroepsgeheim dient te worden doorbroken⁶⁷², kan er sprake zijn van een conflict van plichten⁶⁷³, kan het geboden zijn in het kader van de

⁶⁶⁵ Ik verwacht niet dat een geringe toename van de aansprakelijkheidsrisico's als gevolg van een netwerkaansprakelijkheid hier verandering in zullen brengen, vgl. Van Tilburg 2012, p. 188, uit haar promotieonderzoek naar de effecten van civielrechtelijke aansprakelijkheid op het openbare-ordebeleid is niet gebleken dat een toename van aansprakelijkheidsvorderingen aan het adres van burgemeester en politie als handhaver van de openbare orde, de premies voor verzekeraars omhoog doet gaan of dat bepaalde verzekeringen niet langer zouden worden verstrekt.

⁶⁶⁶ Kramer 2014, p. 83.

⁶⁶⁷ Het beroepsgeheim is een recht van de patiënt dat in meerdere wetten is neergelegd. Zo is voor het strafrecht het beroepsgeheim neergelegd in art. 272 WvSr en art. 218 WvSv, voor het tuchtrecht in art. 88 Wet BIG en zijn voor het civiele recht de bepalingen 7:457-459 BW van belang, Leenen e.a. 2017, p. 150.

⁶⁶⁸ Wijne 2017 (a), p. 253.

⁶⁶⁹ Wijne 2017 (a), p. 253

⁶⁷⁰ Wijne 2017 (a), p. 253-254, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/434.

⁶⁷¹ In hoogst uitzonderlijke situaties staat het verschoningsrecht het delen van informatie met andere zorgaanbieders in het netwerk mogelijk in de weg. Zie over het verschoningsrecht in het kader van het medisch beroepsgeheim onder meer Leenen e.a. 2017, p. 151, Wijne 2017 (a), p. 253, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/435, Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 69.

⁶⁷² Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de verplichting om van bepaalde infectieziekten melding te doen aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg), zie hierover onder meer Leenen e.a. 2017, p. 159, Wijne 2017 (a), p. 257, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/437, Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008, p. 62.

⁶⁷³ Een conflict van plichten kan bijvoorbeeld spelen in geval van (een vermoeden van) kindermishandeling, zie hierover onder meer Wijne 2017 (a), p. 259 e.v., Van Veen en Olsthoorn-Heim 2008, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/437, Leenen e.a. 2017, p. 160, p. 64.

therapeutische exceptie het beroepsgeheim te doorbreken⁶⁷⁴ of kan de toestemming worden verondersteld⁶⁷⁵. Relevant voor dit onderzoek is de uitzondering van lid 2 van art. 7:457 BW dat de geheimhoudingsplicht niet geldt voor waarnemers en andere professionals die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst zijn betrokken.⁶⁷⁶ De vraag is in hoeverre deze uitzondering van toepassing is indien de zorg wordt verleend door verschillende zorgaanbieders uit een netwerk. Dit zou immers betekenen dat de geheimhoudingsplicht geen belemmering vormt voor de zorgaanbieders binnen een netwerk om informatie over de patiënt met elkaar te delen. Of de uitzondering van lid 2 van toepassing is, is echter niet altijd direct duidelijk. Zo oordelen de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg wisselend over de vraag of een specialist informatie mag terugkoppelen aan de huisarts zonder toestemming van de patiënt.⁶⁷⁷ In ieder geval wordt hieraan de eis gesteld dat verstrekking zonder toestemming alleen mag voor zover het noodzakelijke gegevens betreft.⁶⁷⁸ Dit geldt ook voor de verwijzing van de huisarts naar een medisch specialist.⁶⁷⁹

In het geval de patiënt zorg krijgt van een netwerk sluit hij een zelfstandige behandelingsovereenkomst met de verschillende zorgaanbieders uit het netwerk (zie paragraaf 6.2.1.). De ene zorgaanbieder uit het netwerk is dus niet rechtstreeks betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst van de andere zorgaanbieder uit het netwerk. Hieruit kan worden opgemaakt dat de uitzondering van art. 7:457 lid 2 BW niet van toepassing is in geval zorg wordt verleend door een netwerk. Dit zou betekenen dat voor de uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieders in het netwerk altijd toestemming van de patiënt vereist is.

Vervolgens kan de vraag worden gesteld of in het geval zorg wordt verleend door een netwerk deze toestemming verondersteld kan worden geacht. Zo gaat de minister uit van de veronderstelde toestemming bij ketenzorg.⁶⁸⁰ Ketenzorg wordt in dit verband omschreven als een samenhangend geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders bij één persoon met een bepaalde ziekte. Het behandeltraject is in die gevallen tot op zekere hoogte voorzienbaar en het is dus op voorhand duidelijk welke hulpverleners bij de behandeling van de

⁶⁷⁴ In dat geval dienen indien het belang van de patiënt dit vereist de informatie over de patiënt niet aan de patiënt zelf maar aan een ander te worden verstrekt, zie hierover onder meer Leenen e.a. 2017, p. 154, Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/416

⁶⁷⁵ Veronderstelde toestemming kan bijvoorbeeld aanwezig zijn als de patiënt inmiddels is overleden, zie hierover onder meer Leenen e.a. 2017, p. 158 en Wijne 2017 (a), p. 264.

⁶⁷⁶ Zie onder meer: Wijne 2017 (a), p. 274 en Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014/438.

⁶⁷⁷ Wijne 2017 (a), p. 258, Wijne verwijst hierbij naar RTG Eindhoven 26 oktober 2011, ECLI:NL:TGZREIN:2011YG1457 waarin wel toestemming werd vereist en RTG Amsterdam 3 april 2012, ECLI:NL:TGZRAMS:2012:YG1888, *TvGr* 2012/33 waarin geen toestemming werd vereist.

⁶⁷⁸ Wijne 2017 (a), p. 258, vgl. tevens *Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3 (MvT), p. 39, zie tevens de KNMG-richtlijn *Omgaan met medische gegevens*, KNMG, september 2016.

⁶⁷⁹ Wijne 2017 (a), p. 258.

⁶⁸⁰ Zo blijkt uit Bijlage 1, Basisprincipes medisch beroepsgeheim, p. 6 bij de brief van de minister van VWS d.d. 15 juni 2016 aan de Tweede Kamer, *Kamerstukken II* 2015/16 34300 XVI, 161.

patiënt betrokken zullen zijn. Gesteld wordt dat bij een dergelijk samenwerkingstraject het voor goede zorgverlening onder andere van belang is dat hulpverleners die deelnemen zich ervan vergewissen dat ze beschikken over relevante gegevens van collega's en collega's informeren over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Hierbij wordt verwezen naar de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij de samenwerking in de zorg (zie over deze Handreiking tevens paragraaf 5.6). Mijns inziens wordt in de bijlage onvoldoende duidelijk wat precies onder ketenzorg wordt verstaan. Niet helder is of de minister hier bijvoorbeeld ook afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders bedoelt of hier vooral ketenzorg binnen een bepaalde instelling voor ogen heeft.

Mijns inziens is onvoldoende helder wanneer veronderstelde toestemming mag worden aangenomen indien zorg wordt verleend door een netwerk en is toestemming voor het uitwisselen van gegevens daarom nog steeds geboden. Nader onderzoek hiernaar is gewenst. Volledigheidshalve wordt hier opgemerkt dat het toestemmingsvereiste ook uitgangspunt is in de, sinds juli 2017⁶⁸¹ van kracht zijnde, Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens⁶⁸². Deze wet regelt de voorwaarden waaronder zorgverleners medische gegevens veilig en elektronisch kunnen inzien of uitwisselen met andere zorgaanbieders.⁶⁸³ Hierbij is gekozen voor een opt-in systeem. Zorgaanbieders mogen alleen gegevens beschikbaar stellen via een elektronisch uitwisselingssysteem indien de patiënt hiervoor uitdrukkelijke toestemming heeft verleend (art. 15a lid 1 Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). Mijns inziens brengt het toestemmingsvereiste met zich mee dat een zorgaanbieder niet aansprakelijk is als de gebrekkige samenhangende zorg het gevolg is van de onmogelijkheid om gegevens uit te wisselen omdat de patiënt hier geen toestemming voor heeft verleend.

Grenzen van het netwerk mogelijk niet altijd helder

De grenzen van een netwerk zijn in een aantal gevallen mogelijk minder duidelijk dan wanneer het om een organisatie gaat. Organisaties zijn personenvennootschap of rechtspersoon (zie ook paragraaf 2.3.1) en worden in de wet omschreven en afgebakend waar dit voor het netwerk niet opgaat. Daar komt bij dat een netwerk geen statisch geheel is van actoren en relaties maar kan veranderen in de loop van de tijd (zie paragraaf 2.2.4).

⁶⁸¹ Een deel van deze wet treedt pas in juli 2020 in werking. Zo ook het in art. 15a lid 2 Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens neergelegde recht van de patiënt om gespecificeerde toestemming te geven voor gegevensuitwisseling met bepaalde (categorieën van) hulpverleners.

⁶⁸² De bepalingen uit deze wet maken deel uit van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en zijn neergelegd in Hoofdstuk 3a. Elektronische verwerking van gegevens.

⁶⁸³ Zie over deze wet de Juridisch factsheet *Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens* van VWS te raadplegen via knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/per-1-juli-2017-nieuwe-regels-uitwisseling-medische-gegevens.htm, geraadpleegd op 24 maart 2018.

Onvoldoende helderheid over de grenzen van het netwerk kan het toepassen van een netwerkaansprakelijkheid mogelijk bemoeilijken. Weten welke partijen tot het netwerk behoren, is om tenminste drie redenen van belang. Allereerst om te kunnen vaststellen of er gebrekkige samenhangende zorg is verleend en daarbij een afstemmingsplicht is geschonden door (de actoren van) het netwerk. Ten tweede kan het van belang zijn voor het vaststellen op wie de aansprakelijkheid rust. Tot slot kan het voor de interne verdeling van de aansprakelijkheidslast en/of regres belangrijk zijn. Onduidelijkheid over de reikwijdte van het netwerk en de belemmeringen die dit heeft voor de toepassing van een netwerkaansprakelijkheid, bemoeilijken daarnaast het ontwikkelen en het afsluiten van een adequate aansprakelijkheidsverzekering.

Netwerkanalyse kent echter eigen gereedschappen om een netwerk af te bakenen. Het vaststellen van de grenzen van een netwerk kent twee hoofdbenaderingen: de *realistic approach* en de *nominalist approach* (zie paragraaf 2.2.2). Dit onderzoek gaat uit van een aantal kenmerken dat het zorgnetwerk dat object is van dit onderzoek definieert (zie paragraaf 2.3). In dit onderzoek is dus sprake van een *nominalist approach* (zie ook paragraaf 2.3). Een van deze kenmerken is dat de zorgaanbieders uit het netwerk als doel hebben gezamenlijk of in samenhang zorg te verlenen. Voor het *zorggroepnetwerk* en het *gefaciliteerde netwerk* is in zorgprogramma's neergelegd om welke zorg het gaat. Het netwerk wordt gevormd door de zorgaanbieders die gezamenlijk een bepaald zorgprogramma ten behoeve van een specifieke patiëntengroep binnen een bepaalde regio uitvoeren. De grenzen van het *acutezorgnetwerk* worden bepaald door het ROAZ: de zorgaanbieders die deelnemen aan dit overleg vormen in de betreffende regio het *acutezorgnetwerk*. Voor de drie verschijningsvormen van netwerken die object zijn van dit onderzoek zullen daarmee de grenzen van het netwerk veelal duidelijk zijn. Enige onduidelijkheid over de grenzen van een netwerk hoeft mijns inziens niet direct een probleem te zijn. Ook met betrekking tot de reikwijdte van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid (art. 7:462 BW) is het discutabel of bijvoorbeeld een zelfstandige organisatie als een huisartsenpost of een verloskundigepraktijk onder de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis valt.⁶⁸⁴ Dit is nooit reden geweest de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid af te schaffen.

7.4.2 Voordelen netwerkaansprakelijkheid

Netwerkaansprakelijkheid maakt toedeling aansprakelijkheid mogelijk

Zoals volgt uit hoofdstuk 6 en nog een keer wordt vermeld in paragraaf 7.2, kan het huidige systeem ertoe leiden dat toedeling van aansprakelijkheid niet mogelijk is als gebrekkige

⁶⁸⁴ Wijne 2017 (a), p. 437, Wijne bepleit dat vanuit de gedachte van de centrale aansprakelijkheid - bescherming van de patiënt en het vereenvoudigen van verhaal en schade - het ziekenhuis ook moet kunnen worden aangesproken voor een tekortschieten van een hulpverlener in dienst van een organisatie gevestigd in het ziekenhuis in het geval de patiënt er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat deze organisatie deel uitmaakte van het ziekenhuis.

samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de gebrekkige samenhangende zorg het gevolg is van een optelsom van kleinere 'fouten' gemaakt door verschillende zorgaanbieders die los van elkaar niet in strijd zijn met een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid hebben gehandeld. Het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt de patiënt die schade lijdt dan geen compensatie. Netwerkaansprakelijkheid maakt ook in die gevallen toedeling van aansprakelijkheid mogelijk. In geval van netwerkaansprakelijkheid wordt het handelen van de verschillende zorgaanbieders immers niet los van elkaar beoordeeld, maar wordt naar de geboden zorg in het geheel gekeken.

Netwerkaansprakelijkheid maakt toedeling van aansprakelijkheid eenvoudiger

Netwerkaansprakelijkheid biedt duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden en de toedeling van aansprakelijkheid. Hierdoor is toedeling van aansprakelijkheid eenvoudiger in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend en kan worden voorkomen dat de patiënt de verkeerde persoon/instelling/zorgaanbieder aanspreekt. Ook in die gevallen dat toedeling van civiele aansprakelijkheid niet is uitgesloten, maar er praktische belemmeringen zijn, biedt netwerkaansprakelijkheid daarom meerwaarde.

Netwerkaansprakelijkheid stimuleert professionalisering

Netwerkaansprakelijkheid biedt de zorgaanbieders en andere partijen de mogelijkheid op eventuele aansprakelijkheid te anticiperen. Bijvoorbeeld door een (gezamenlijke) aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten die voorziet in een parapludekking zoals nu al gebeurt in het ziekenhuis. Ook stimuleert netwerkaansprakelijkheid netwerken om zich verder te ontwikkelen en afspraken te maken over verdeling van verantwoordelijkheden en interne aansprakelijkheid. Samenwerking en afstemming wordt bovendien minder vrijblijvend als hier ook aansprakelijkheidsconsequenties aan worden verbonden. Het is niet irrationeel te verwachten dat dit de zorg en dus de patiënt ten goede komt.

Gelijkheid tussen patiënten

Uitgangspunt in dit onderzoek is de opvatting dat het voor de patiënt - die zich beroept op het civiele aansprakelijkheidsrecht na een gestelde medische fout - in beginsel niet uit zou moeten maken of de zorg door één zorgaanbieder werd verleend, dan wel dat de zorg verleend werd door meerdere zorgaanbieders en de fout gerelateerd kan worden aan de afstemming en samenwerking tussen deze zorgaanbieders. Netwerkaansprakelijkheid ondersteunt dit uitgangspunt doordat bij beantwoording van de vraag of een zorgplicht is geschonden het handelen van de betrokken zorgaanbieders in zijn geheel moet worden beoordeeld. Daarnaast biedt netwerkaansprakelijkheid een duidelijk 'adres' voor aansprakelijkheid. De rechtspositie van een patiënt die gebrekkige zorg krijgt van een netwerk is hierdoor gelijk aan de rechtspositie van een patiënt die gebrekkige zorg krijgt van één zorgaanbieder.

Het veroorzaken van gebrekkige samenhangende zorg blijft niet ‘onbestraft’

Indien de patiënt schade ondervindt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg of van het kastje naar de muur wordt gestuurd voor de nodige zorg, is het onwenselijk indien niemand daarvoor kan worden aangesproken. Netwerkaansprakelijkheid maakt toedeling van aansprakelijkheid mogelijk en maakt dat betrokken partijen verantwoordelijk kunnen worden gehouden.

Doordat de zorgaanbieders met wie de patiënt geen behandelrelatie heeft, maar die wel tot het netwerk behoren alsook andere betrokken organisaties als de zorggroep en zorgondersteunende organisatie in het huidige recht veelal niet aansprakelijk kunnen worden gesteld, wordt mijns inziens onvoldoende recht gedaan aan de feitelijke situatie waarin door meerdere zorgaanbieders in samenhang zorg wordt verleend. Ook partijen die geen directe relatie hebben met een bepaalde patiënt, kunnen invloed hebben op de zorg die door het netwerk wordt verleend. Deze partijen blijven nu buiten schot. Omdat een netwerkaansprakelijkheid de totale zorg beoordeelt die door het netwerk in samenhang wordt verleend, wordt ook het handelen van deze partijen meegenomen. Of zij ingeval van netwerkaansprakelijkheid kunnen worden aangesproken, is afhankelijk van de vorm en invulling van de netwerkaansprakelijkheid.

7.5 Aansluiting bij het bestaande recht

Hoewel een netwerkaansprakelijkheid zeker nog een aantal stappen is verwijderd van de huidige juridische situatie, is een netwerkbenadering mijns inziens niet onvoorstelbaar en is de omslag die moet worden gemaakt in ons juridische denken minder groot dan op het eerste gezicht lijkt. Onder meer de verschillende vormen van kanalisering en centralisering die in het huidige recht bestaan en de ontwikkelingen ten aanzien van het ‘leerstuk’ contract en derde laten dit zien.

7.5.1 Vorm van kanalisering/centralisering⁶⁸⁵; past binnen het juridische systeem

Het huidige recht kent tal van figuren op basis waarvan de aansprakelijkheid wordt verlegd naar een ander of expliciet wordt toegedeeld aan één of meerdere partijen voor een deel of voor het geheel. Denk aan de kwalitatieve aansprakelijkheden van titel 3.3.2, de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid van art. 7:462 BW en het eigen aansprakelijkheidsregiem dat de maatschap (art. 7A:1679 BW e.v.) kent.

⁶⁸⁵ Centralisering van aansprakelijkheid deed haar intrede en kwam tot ontwikkeling na de invoering van het NBW. Hiervoor is centralisering van risico's in het burgerlijk recht weinig verbreid, Vranken 1988, p. 253.

Centralisering van aansprakelijkheid is een instrument dat het huidige aansprakelijkheidsrecht aanreikt, indien er onduidelijkheden zijn over wie kan worden aangesproken, omdat er sprake is van een veelheid van mogelijke rechtsverhoudingen met veel schijven en tussenschakels.⁶⁸⁶ De achtergrond hiervan is dat voorkomen dient te worden dat *“de schuldvraag wordt fijngemalen in een netwerk van betrokkenen, die allemaal slechts voor hún onderdeel aansprakelijk zijn.”*⁶⁸⁷ Met behulp van centralisering van aansprakelijkheid wordt de aansprakelijkheid naar een duidelijk aanwijsbare (rechts)persoon geleid.⁶⁸⁸ Dit heeft als voordeel dat partijen in staat worden gesteld zich beter te wapenen tegen eventuele aansprakelijkheid middels een verzekering. Kanalisering is een bijzondere vorm van centralisering. In geval van kanalisering rust er ter zake van één gebeurtenis in beginsel niet op meer personen tegelijk een risico-aansprakelijkheid, maar wordt de aansprakelijkheid naar één persoon geleid.⁶⁸⁹

Netwerkaansprakelijkheid is - afhankelijk van hoe hier invulling aan wordt gegeven - een vorm van kanalisering dan wel centralisering van aansprakelijkheid (zie voor de verschillende vormen van netwerkaansprakelijkheid paragraaf 7.6) en is daarmee vergelijkbaar met andere in de wet geregelde figuren en in die zin geen vreemde eend in de bijt en in te passen in het huidige recht.

7.5.2 Sluit aan bij het ‘leerstuk’ contract en derde⁶⁹⁰

In paragraaf 6.2.4 e.v. ben ik ingegaan op de mogelijkheden die het leerstuk overeenkomst en derde biedt om aansprakelijkheid toe te delen in geval gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door een netwerk. Ik kom tot de conclusie dat de betekenis van het leerstuk voor netwerksituaties beperkt is; dat de feiten uit de jurisprudentie met betrekking tot het leerstuk overeenkomst en derde zich veelal moeilijk laten vergelijken met de zorgnetwerken die het object zijn van dit onderzoek. Directe toepassing is dan ook niet mogelijk. Ook laat de jurisprudentie met betrekking tot de juridische consequenties die samenhang met zich meebrengen, een enigszins teleurstellend resultaat zien. Het juridische gevolg van feitelijk economische samenhang is ‘lotsverbondenheid’. ‘Lotsverbondenheid’ kan betrekking hebben

⁶⁸⁶ Tjittes 1995, p. 274.

⁶⁸⁷ Vranken 1988, p. 252. Centralisering is mogelijk ook een oplossing voor situaties die zich in de toekomst gaan voordoen. Denk hierbij aan verkeersongevallen waarbij zelfrijdende auto's zijn betrokken en meerdere potentieel aansprakelijke partijen zijn, zie hierover: Tjong Tjin Tai & Boesten 2016, p. 663.

⁶⁸⁸ Tjittes 1995, p. 274. Lubach 2002, paragraaf 2.

⁶⁸⁹ Tjittes 1995, p. 274.

⁶⁹⁰ Niet alleen in Nederland wordt lotsverbondenheid als gevolg van de samenhang tussen twee of meer overeenkomsten erkend. In de Draft Common Frame of Reference (DCFR) die een zo groot mogelijke gemene deler van het vermogensrecht van verschillende Europese landen weergeeft, is een bepaling opgenomen die ziet op de zogenaamde *Linked Contracts*. Art. II.5:106 DCFR bepaalt dat indien een consument het recht toekomt een overeenkomst met betrekking tot een koop of het leveren van een dienst te herroepen dit ook geldt ook voor de met deze overeenkomst samenhangende overeenkomst. Van samenhang kan bijvoorbeeld sprake zijn als een overeenkomst wordt gefinancierd door een kredietovereenkomst.

op ontbinding dan wel vernietiging alsook op opschorting en verjaring. Ook lijkt er ruimte te zijn als het gaat om een vordering tot nakoming. De jurisprudentie laat echter vooralsnog niet zien dat 'lotsverbondenheid' in geval van feitelijke samenhang met zich meebrengt dat men schadeplichtig is jegens een derde in geval van een tekortkoming van een ander in de nakoming van diens verbintenis (zie paragraaf 6.2.4.4). Daar kom bij dat de Hoge Raad in het Eneco Tour arrest heeft benadrukt dat feitelijke samenhang niet per definitie doorslaggevend is bij de beoordeling van de rechtsverhouding tussen de daarbij betrokken partijen. De Hoge Raad stelt de relativiteit van het contract voorop en geeft aan dat het oordeel dat een contractueel beding doorwerkt in een daarmee samenhangende rechtsverhouding, specifiek dient te zijn gemotiveerd (zie over het Eneco Tour arrest paragraaf 6.2.5.) Het leerstuk overeenkomst en derde is dan ook zeker niet één op één toepasbaar in netwerksituaties.

Toch kunnen aan het leerstuk mijns inziens argumenten worden ontleend voor een netwerkaansprakelijkheid. Op een abstract niveau leert het leerstuk ons dat men niet alleen rekening dient te houden met de contractuele wederpartij, maar ook met andere betrokkenen (zie paragraaf 6.2.7). Dit is een belangrijk (normatief) inzicht omdat het leerstuk hier onderkent dat de werkelijkheid bestaat uit complexe verhoudingen die niet terug te voeren zijn tot slechts twee partijen en een (zorg)netwerk per definitie bestaat uit drie of meer partijen. Dit inzicht sluit aan bij de netwerkanalyse die leert dat de actoren in het netwerk - in dit onderzoek zijn dit de zorgaanbieders, de zorggroep en de zorgondersteunende organisatie - zijn ingebed in een web van sociale relaties waardoor hun gedragsmogelijkheden worden vergroot of beperkt (zie paragraaf 4.3).

Toepassing van de factoren die Van Laarhoven formuleert in haar proefschrift voor het toekennen van rechtsgevolgen aan samenhangende verhoudingen op het zorgnetwerk, versterkt mogelijk deze idee. Van Laarhoven pleit voor een multi-factor benadering. Zij geeft een set van feiten en omstandigheden die dienen te worden nagelopen ter beantwoording van de vraag of aan samenhangende rechtsverhoudingen rechtsgevolgen kunnen worden verbonden.⁶⁹¹ Toepassing van deze zes factoren op zorgnetwerken leidt tot de volgende uitkomsten:

1) De feitelijke onderlinge afstemming van de door de betrokkenen te verrichten prestaties

Voor de drie verschijningsvormen die in hoofdstuk 3 van dit onderzoek worden gepresenteerd, geldt steeds dat er enige afstemming tussen de verschillende partijen plaatsvindt, in ieder geval dient plaats te vinden. Het doel is immers steeds het gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen (zie: paragraaf 6.4.1). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de manier waarop binnen het

⁶⁹¹ Van Laarhoven 2006, p. 90-94.

netwerk afstemming plaatsvindt per netwerk verschilt. Zo heeft in het *zorggroepnetwerk* de zorggroep een belangrijke coördinerende taak en vindt afstemming tussen de zorgaanbieders daarom vooral plaats via de zorggroep. In het *acutezorgnetwerk* daarentegen nemen alle zorgaanbieders deel aan het overleg (ROAZ) waar afstemming plaatsvindt.

2) De samenhang tussen deze prestaties, een samenhang die kan worden afgemeten aan het doel van de prestaties en het al dan niet op de voorgrond treden van profijt

Het leerstuk van de samenhangende overeenkomsten ziet op feitelijk-economische samenhang. Voor alle drie de verschijningsvormen geldt dat met afstemming en samenwerking binnen het netwerk wordt beoogd de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daarnaast streeft men het bevorderen van efficiëntie en kostenbesparing na. De samenhang kan dus worden afgemeten aan het doel van de prestaties waarbij het behalen van profijt (kwaliteit en efficiëntie) voorop staat (zie hierover tevens paragraaf 6.2.4.4).

3) Het inzicht dat de betrokken(en) in de samenhang hadden

De actoren in het zorgnetwerk, zijn op de hoogte van het netwerk en de beoogde afstemming en samenwerking. Dit pleit voor het aannemen van juridisch relevante samenhang. De patiënt is daarentegen niet altijd op de hoogte van het bestaan van het zorgnetwerk. De consequenties daarvan zouden niet ten nadele van de patiënt mogen uitpakken (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2.1 en hoofdstuk 2, paragraaf 2.3.3).⁶⁹² De patiënt zal er bovendien wel vanuit gaan, er in ieder geval vanuit mogen gaan, dat er afstemming en samenwerking is tussen de zorgaanbieders die hem zorg verlenen, ook als hij niet op de hoogte is van het bestaan van het netwerk.

4) De onderlinge verhouding en hoedanigheid van partijen

De partijen in de drie verschijningsvormen van netwerken zijn allemaal zorgprofessionals. Dit pleit ervoor juridische gevolgen te koppelen aan deze samenhang. De patiënt is bovendien voor zijn gezondheid afhankelijk van de afstemming en samenwerking tussen deze professionals.

5) De vraag of van een betrokkene gevergd kan worden dat hij zich op een andere wijze had verzekerd van bescherming

De patiënt is geen weerloos object en kan doorgaans verantwoordelijk worden gehouden voor zijn eigen gedrag.⁶⁹³ Op grond van art. 7:452 BW dient hij de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking te geven die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft. Desalniettemin zijn de verplichtingen van de patiënt beperkt.⁶⁹⁴ De betekenis van de bepaling kan sterk worden gerelativeerd aangezien de patiënt lang niet altijd

⁶⁹² Vgl. Van Laarhoven, p. 92, zij verwijst hierbij naar Ernes 2001, p. 1037-1041.

⁶⁹³ Wijne 2017 (a), p. 546.

⁶⁹⁴ Zie hierover: Leenen e.a. 2017, p. 106-107 en 183-187.

kan weten welke informatie voor de arts van belang is. In de praktijk speelt de bepaling dan ook geen rol.⁶⁹⁵ De patiënt beschikt meestal niet over de kennis en kunde zich te wapenen tegen gebrekkige afstemming en samenwerking tussen zorgprofessionals. Van hem kan dus niet worden verwacht dat hij hierop anticipeert. Zie over het belang van de feiten en vaststelling daarvan ook paragraaf 7.6.2.

6) Andere factoren, zoals rechtspolitieke factoren

Voor de invoering van de centrale aansprakelijkheid van ziekenhuizen was veelal niet duidelijk wie aansprakelijk kon worden gehouden voor fouten gemaakt binnen de muren van het ziekenhuis. In zekere zin is het zorgnetwerk vergelijkbaar met de situatie van het ziekenhuis van toen. Om de patiënt, die schade lijdt als gevolg van een fout gemaakt binnen de muren van het ziekenhuis, een 'centraal adres' te geven, heeft de wetgever voor de centrale aansprakelijkheid van ziekenhuizen, neergelegd in art. 7:462 BW, gekozen (zie paragraaf 6.4).

De toets aan bovengenoemde factoren pleit voor het verbinden van rechtsgevolgen aan het bestaan van een zorgnetwerk. Mogelijk zou nog een stap verder kunnen worden gegaan. Aangezien de factoren alle wijzen in de richting van een juridisch relevante samenhang in het geval van een zorgnetwerk, zou men kunnen betogen dat de multi-factor benadering zoals door Van Laarhoven in haar proefschrift is geïntroduceerd, kan worden teruggebracht tot een enkelvoudige toets in die gevallen waarin er sprake is van een netwerk. De toets is dan: is er sprake van een netwerk? Indien er sprake is van een netwerk, kan dan de conclusie worden getrokken dat alle partijen uit het netwerk dienen te handelen met het oog op elkaars belangen, daarbij rekening houdend met de belangen van de patiënt die zorg krijgt van het netwerk? Om twee redenen dient dit beeld te worden genuanceerd.

Allereerst is het netwerk geen eenduidig begrip. In hoofdstuk 2 is het begrip netwerk daarom afgebakend en ingevuld; het netwerk dat object is van dit onderzoek heeft een aantal kenmerken. Kort samengevat zijn binnen deze netwerken de zorgaanbieders die de zorg verlenen de belangrijkste spelers. De relaties krijgen inhoud door de afstemmingsafspraken die tussen deze zorgaanbieders en met andere betrokken partijen zijn gemaakt en door de feitelijke afstemming tussen deze partijen. Het doel hierbij is het gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen. Partijen blijven hierbij autonoom en maken geen deel uit van een gezamenlijke rechtspersoon. Van belang en een meerwaarde ten opzichte van de benadering van Van Laarhoven is mijns inziens dat het hier gaat om een kwalificatie vooraf; het samenwerkingsverband kan dus niet pas worden gekwalificeerd als een zorgnetwerk op het moment dat er zich concrete aansprakelijkheidsvragen voordoen. Juist hierdoor is het mogelijk

⁶⁹⁵ Leenen e.a. 2017, p. 184, Sluijters & Biesart 2005, p. 57.

om ex ante een netwerkaansprakelijkheid te koppelen aan bepaalde netwerken. Hierdoor is het eenvoudiger voor partijen vooraf te voorspellen wat hun aansprakelijkheidsrisico's zijn.

Ten tweede bestaat ook binnen de verschijningsvormen van netwerken die object zijn van dit onderzoek diversiteit met betrekking tot de structuur, coördinatie en aard van het netwerk. Bij beantwoording van de vraag welke rechtsgevolgen dienen te worden gekoppeld, of anders geformuleerd: hoe de toepasselijke netwerkaansprakelijkheid dient te worden vormgegeven, moeten deze elementen worden meegenomen (zie paragraaf 7.7).⁶⁹⁶

Een netwerkaansprakelijkheid gaat mijns inziens een stap verder dan het leerstuk overeenkomst en derde, maar sluit wel aan bij de ontwikkeling die met dit leerstuk is ingezet. Tot deze conclusie kom ik ook op basis van het proefschrift van Van Dongen over groepen van contracten.⁶⁹⁷ Van Dongen definieert groepen van contracten als twee of meer overeenkomsten, waaruit (hoofd)verbintenissen voortvloeien die met elkaar in een doelloorzakelijk verband staan.⁶⁹⁸ Zij gaat kort in op de externe aansprakelijkheid. Onder externe aansprakelijkheid verstaat zij de aansprakelijkheid van een groepspartij jegens een derde die buiten de groep van contracten staat.⁶⁹⁹ Zij stelt vervolgens de vraag of indien een groepspartij aansprakelijk is jegens een 'buitenstaander' de aanwezigheid van een groep van contracten dan tot gevolg kan hebben dat (bepaalde) andere groepspartijen ook aansprakelijk zijn ten opzichte van deze derde. Deze vraag is in zekere zin vergelijkbaar met één van de vragen die ik stel in hoofdstuk 6 van dit proefschrift. Ik ga alleen niet uit van een groep van contracten, maar van een netwerk en vraag me onder meer af of het bestaan van een netwerk betekent dat een derde (hier de patiënt) ook andere partijen binnen het netwerk kan aanspreken dan de zorgaanbieder die jegens hem te kort geschoten is of een onrechtmatige daad heeft gepleegd. In antwoord op haar vraag stelt Van Dongen dat een dergelijke externe aansprakelijkheid slechts een rol speelt binnen het type contractengroep dat een organisatievorm betreft en waarbij een zekere 'vereenzelving' kan optreden.⁷⁰⁰ Als voorbeeld noemt Van Dongen vervolgens franchising. Volgens haar is denkbaar dat indien een derde schade lijdt door een toerekenbare onrechtmatige daad of een tekortkoming van een franchisenemer (maar laatstgenoemde onvoldoende verhaal biedt) de derde zich kan wenden tot de franchisegever of een andere franchisenemer. Van belang hierbij is wel dat door (één van) hen de uiterlijke schijn is gewekt dat het hier gaat om bijvoorbeeld een

⁶⁹⁶ Volledigheidshalve merk ik op dat aan de multi-factor benadering zoals door Van Laarhoven geïntroduceerd argumenten kunnen worden ontleend die pleiten voor een netwerkaansprakelijkheid, maar deze benadering geen aanknopingspunten biedt over hoe deze aansprakelijkheid vervolgens verder moet worden ingevuld, daar Van Laarhoven geen uitspraken doet over welke aansprakelijkheidsconsequenties zouden moeten worden verbonden aan feitelijk-economische samenhang.

⁶⁹⁷ Van Dongen 2016.

⁶⁹⁸ Van Dongen 2016, p. 377.

⁶⁹⁹ Van Dongen 2016, p. 367 en 257.

⁷⁰⁰ Van Dongen 2016, p. 368.

winkelketen en het voor de derde dus niet duidelijk is dat het in werkelijkheid gaat om verschillende ondernemingen.⁷⁰¹

Volledigheidshalve merk ik hier op dat ook in andere landen van Europa juristen worstelen met een werkelijkheid die bestaat uit complexe structuren en verhoudingen waarbij meerdere partijen zijn betrokken en waar het recht niet per se direct een antwoord op heeft.⁷⁰² Voorbeelden van alternatieve concepten zijn de van oorsprong Franse figuur van de *Contractengroepen*⁷⁰³ en de in Duitsland geïntroduceerde idee van het *Netzvertrag*⁷⁰⁴ en het *Vertragsverbund (Connected Contracts)*⁷⁰⁵. Voor een uitgebreide vergelijking tussen het leerstuk contract en derde en deze concepten verwijs ik naar de proefschriften van Van Dongen⁷⁰⁶ en Van Laarhoven⁷⁰⁷. Om een aantal redenen heb ik me niet verder verdiept in deze concepten. Zowel de *Contractengroepen* als het *Netzvertrag* en het *Vertragsverbund* dienen vooral begrepen te worden vanuit het Franse rechtssysteem en het Duitse rechtssysteem. De betekenis hiervan voor de Nederlandse situatie is dan ook beperkt.⁷⁰⁸ De netwerken die worden besproken, zijn veelal van een andere aard dan de zorgnetwerken die ik heb bestudeerd. Onderzoek ziet bijvoorbeeld op franchising en financieringsconstructies. De nadruk ligt ook steeds op de contractuele verhoudingen tussen partijen of de mogelijkheden de derden binnen het contract te betrekken. Mijns inziens is een zorgnetwerk niet per se een groep van contracten. In de zorgnetwerken die ik heb bestudeerd, is vaak alleen sprake van feitelijke samenwerking. Bovendien ligt de nadruk bij deze alternatieve concepten op de interne verhoudingen tussen betrokken partijen en niet zozeer op de externe aansprakelijkheid terwijl dit proefschrift gaat over de externe aansprakelijkheid van het netwerk.

7.6 Oplossingen binnen het bestaande systeem

Aangezien voor een netwerkaansprakelijkheid een wetswijziging nodig is en er bovendien ook nadelen kleven aan een netwerkaansprakelijkheid, is het relevant na te gaan welke mogelijkheden er zijn om binnen het bestaande systeem de aansluiting van civiele aansprakelijkheid bij zorgnetwerken te vergroten. Allereerst kan hierbij worden gedacht aan het oprekken of verder invullen van het materiële recht. In paragraaf 7.6.1 wordt een aantal mogelijkheden besproken. Daarnaast kan worden gedacht aan de bewijslastverdeling. Dit onderzoek heeft betrekking op het materiële civiele medische aansprakelijkheidsrecht.

⁷⁰¹ Van Dongen, p. 368 e.v., Van Dongen verwijst hier naar Loos 2014/49.

⁷⁰² Zie voor een meer uitgebreide vergelijking met betrekking tot het leerstuk contract en derde met zowel het Franse als het Duitse recht de proefschriften van Van Laarhoven 2006 en Van Dongen 2016.

⁷⁰³ Zie onder meer Teyssié 1975 en Pellé 2007.

⁷⁰⁴ Rohe 1998.

⁷⁰⁵ Teubner 2004, Teubner 2011.

⁷⁰⁶ Van Dongen 2016.

⁷⁰⁷ Van Laarhoven 2006.

⁷⁰⁸ Van Laarhoven 2006, p. 42, zie ook Du Perron 2000, p. 244, Kottenhagen 1995, p. 139 e.v. en Van Dongen 2016, p. 71 e.v..

Procedurele aspecten zijn dan ook grotendeels buiten beschouwing gelaten. Toch is het relevant kort in te gaan op het bewijsrecht in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Een van de belemmeringen voor de toedeling van aansprakelijkheid, is dat de feiten onvoldoende duidelijk/inzichtelijk zijn of onvoldoende helder is hoe de norm ten aanzien van afstemming en samenwerking dient te worden ingevuld (zie paragraaf 7.2). Mogelijk dat de bewijslastverdeling hierbij een positieve rol kan vervullen. In paragraaf 7.6.2 wordt deze optie nader uitgewerkt door in te gaan op de verzwaarde stelplicht.

7.6.1 Oprekken of verder invullen van het materiële recht

Verzwaren van de afstemmingsplicht

Door zwaardere eisen te stellen aan afstemming en samenwerking is het mogelijk eenvoudiger aansprakelijkheid toe te delen in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend. Individuele zorgaanbieders zullen dan immers sneller in strijd handelen met de afstemmingsplicht die op hen rust. Mijns inziens leidt dit om meerdere redenen niet tot een gewenste situatie. Zo heeft het verzwaren van een afstemmingsplicht mijns inziens alleen maar zin als zorgaanbieders de mogelijkheid hebben conform deze plicht te handelen. Afstemming en samenwerking vergen inspanningen, die tijd, moeite en geld kosten. In een gezondheidszorg die zwaar onder druk staat, moeten deze inspanningen niet ten koste gaan van de primaire zorgtaken. Nader onderzoek naar wat precies van zorgaanbieders kan worden verwacht met betrekking afstemming en samenwerking met anderen is geboden. Een tweede nadeel van het enkel verzwaren van de afstemmingsplicht is dat hiermee de nadruk nog steeds blijft liggen op het handelen van individuele zorgaanbieders zonder dat voldoende recht kan worden gedaan aan het gegeven dat men in samenhang met andere zorgaanbieders uit het netwerk zorg heeft verleend.

Afstemmingsplicht verder invullen en uitwerken

Voor zover er onduidelijkheid bestaat over de plicht die op de verschillende zorgaanbieders rust ten aanzien van afstemming en samenwerking, zou men ervoor kunnen pleiten deze norm verder in te vullen. Dit zou *top-down* (zoals de Wkkgz een intramurale afstemmingsplicht neerlegt bij de zorgaanbieder) kunnen gebeuren, maar ook *bottom-up* door middel van zelfregulering. Zoveel mogelijk streven naar een heldere norm die voor iedereen kenbaar is, is volgens mij erg belangrijk en kan helpen de positie van patiënten die slachtoffer zijn van gebrekkige samenhangende zorg te verbeteren. Met de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij de samenwerking in de zorg en verschillende LESA's en LTA's (zie hierover paragrafen 5.6 en 5.7) worden hiertoe stappen gezet. Toch denk ik om meerdere redenen dat met het verder invullen en uitwerken van de norm slechts een deel van het probleem kan worden opgelost. Allereerst zal het onder meer gezien de complexiteit van de zorg onmogelijk zijn ex ante een norm te ontwikkelen die duidelijkheid verschaft in elke concrete situatie. Ten tweede wordt door slechts in te zetten op een afstemmingsplicht die op

de afzonderlijke zorgaanbieders rust onvoldoende recht gedaan aan het feit dat de zorg in samenhang wordt verleend.

Reikwijdte bestaande rechtsfiguren oprekken

Allereerst ligt het hier voor de hand te denken aan de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid neergelegd in art 7:462 BW. Deze figuur is immers in het leven geroepen om een 'centraal adres' te bieden in geval een patiënt schade lijdt als gevolg van een medische fout gemaakt binnen het ziekenhuis. Dit werd nodig bevonden omdat de complexe structuren binnen het ziekenhuis het lastig maakten de juiste persoon op grond van de juiste grondslag aan te spreken (zie paragraaf 6.4) als in het ziekenhuis een medische fout was gemaakt. De reikwijdte van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid is beperkt tot de instelling en is dus niet van toepassing als zorg is verleend door een netwerk. Uitbreiding naar partijen buiten de instelling lijkt mij niet wenselijk omdat dan een verdergaande aansprakelijkheid wordt gecreëerd dan wanneer naast de figuur van de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid een netwerkaansprakelijkheid wordt geïntroduceerd. De centrale ziekenhuisaansprakelijkheid ziet namelijk op alle fouten die binnen de muren van het ziekenhuis worden gemaakt en is niet beperkt tot gebrekkige samenhangende zorg, terwijl de netwerkaansprakelijkheid zoals ik die voorstel beperkt is tot gebrekkige samenhangende zorg.

Netwerkaansprakelijkheid roept in zekere zin een nieuwe risicoaansprakelijkheid in het leven; toedeling van aansprakelijkheid wordt mogelijk, ook als de aansprakelijke partij zelf geen zorgplicht heeft geschonden. De vraag die daarom rijst, is of in plaats van de keuze voor een nieuwe rechtsfiguur de reikwijdte van bestaande rechtsfiguren zoals de artt. 6:76, 6:170 en 6:171 BW opgerekt moet worden. Mijns inziens is dit niet wenselijk omdat deze figuren voor zeer specifieke situaties zijn geschreven en uitgaan van een min of meer hiërarchische structuur die niet goed te verenigen is met de aard van het netwerk waarin sprake is van nevenschikte samenwerking.

Hoewel de figuur van de maatschap lijkt aan te sluiten bij het zorgnetwerk zijn er toch meerdere redenen het zorgnetwerk niet te kwalificeren als een maatschap. Zo zijn de zorgnetwerken die centraal staan in dit onderzoek niet primair gericht op het behalen van vermogensrechtelijk voordeel, hebben niet alle actoren in het netwerk altijd een directe relatie met elkaar en beogen zij ook geen maatschap met elkaar te vormen (zie paragraaf 6.7.2). Een mogelijkheid is de definitie van de maatschap zo te verruimen dat de artt. 7A:1655 BW e.v. van toepassing zijn op het zorgnetwerk. Dit zou betekenen dat de verschillende partijen binnen het netwerk de vennoten vormen binnen deze maatschap. Indien dan door het netwerk gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend, zijn deze partijen hoofdelijk aansprakelijk. Mijns inziens is het niet wenselijk de figuur van de maatschap zodanig op te rekken dat het zorgnetwerk als zodanig kan worden

gekwalficeerd. Indien het zorgnetwerk kan worden gekwalficeerd als een maatschap zou dat immers betekenen dat de zorgaanbieders binnen het netwerk niet alleen aansprakelijk zijn indien een patiënt schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk, maar ook voor andere fouten die door de actoren in het netwerk worden gemaakt. Daarnaast is hoofdelijke aansprakelijkheid niet per se een passend regiem voor alle situaties waarin gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk (zie paragraaf 7.7).

7.6.2 Inzicht in de feiten en de betekenis van de verzwaarde stelplicht

Ingevolge art. 150 Rv dient in medische aansprakelijkheidszaken de patiënt te stellen en vervolgens aan te tonen dat er een fout is gemaakt.⁷⁰⁹ De aangesproken zorgaanbieder dient op zijn beurt de gestelde feiten te betwisten. Hierbij geldt voor de zorgaanbieder een verzwaarde stelplicht (ook wel aanvullende stelplicht of verzwaarde of aanvullende motiveringsplicht genoemd). De verzwaarde stelplicht is een middel met behulp waarvan het op een partij rustende bewijsrisico wordt verlicht. De rechter legt op de procespartij, die niet op grond van art. 150 Rv de bewijslast draagt van bepaalde feiten, de verplichting op informatie te verschaffen aan de wederpartij ten einde haar te helpen bij het leveren van bewijs.⁷¹⁰ De Hoge Raad is deze methode gaan hanteren, met name voor die gevallen waarin de partij op wie de bewijslast rust in bewijsnood verkeert en de wederpartij op wie de bewijslast niet rust, beschikt of zou moeten beschikken over cruciale gegevens met betrekking tot het bewijs.⁷¹¹ In medische aansprakelijkheidszaken is dit veelal het geval. De patiënt beschikt vaak over zeer beperkte informatie. In geval van een operatie zal de patiënt bovendien in een groot aantal gevallen onder narcose zijn en een belangrijk deel van de medische behandeling niet bewust meemaken.⁷¹² In een groot aantal medische aansprakelijkheidszaken neemt de Hoge Raad een verzwaarde stelplicht aan en/of krijgt de regel verder invulling en uitwerking.⁷¹³

Het belang van de verzwaarde stelplicht voor het aansprakelijkheidsrecht is groot, aangezien de rechtspraak het instrument gebruikt om het evenwicht tussen partijen te herstellen, om een bewijsachterstand op te heffen.⁷¹⁴ Deze functie kan de aanvullende stelplicht ook vervullen in het geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door het netwerk. In een aantal gevallen

⁷⁰⁹ Zie bijvoorbeeld: Wijne 2017 (b), p. 63, Leenen 2017, p. 619, Wijne 2017 (a), p. 558, en De Ridder 2009, p. 69.

⁷¹⁰ Zie onder meer: Asser/W.D.H. Asser (Procesrecht Asser 3) 2017/306, Hugenholtz 2015, p. 99, en Snijders 2015, paragraaf 2, De Ridder 2009, p. 71 e.v., Giesen 2001 p. 39 en Giesen 1999, p. 21 e.v.

⁷¹¹ Asser/W.D.H. Asser (Procesrecht Asser 3) 2017/307, zie ook Giesen 1997, p. 121.

⁷¹² Asser/Tjong Tjin Tai (7 IV) 2014/453, zie ook Giesen 2003, p. 11.

⁷¹³ Zie bijvoorbeeld: HR 20 november 1987, ECLI:NL:HR:1987:AD0058, *NJ* 1988/500 (Timmer/Deutman) r.o. 3.4, HR 18 februari 1994, ECLI:NL:HR 1994:ZV1269 *NJ* 1994/368 (Schepers/De Bruijn), HR 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1611, *NJ* 1997/175 (De Heel/Korver), HR 7 september 2001, ECLI:NL:2001:ZC3657, *NJ* 2001, 615 (Anesthesie), HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, *NJ* 2002, 386 (Ingenhut), HR 15 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3587, *NJ* 2007, 335 en HR 20 april 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA1093, *RvdW* 2007, 423. Ook in lagere rechtspraak wordt de verzwaarde stelplicht in medische aansprakelijkheidszaken toegepast en krijgt zij verdere uitwerking, zie bijvoorbeeld: Hof 's-Hertogenbosch 18-11-2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:4784.

⁷¹⁴ Giesen 2016, p. 39.

kan de verzwaarde stelplicht een hulpmiddel zijn voor de patiënt die gehinderd wordt in zijn vordering doordat hij onvoldoende inzicht heeft in de feiten en het ontstaan van de schade. De betekenis van de verzwaarde stelplicht neemt toe naarmate de zorgaanbieder niet alleen gegevens dient te verschaffen over de feitelijke toedracht maar ook over de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De wijze waarop de verzwaarde stelplicht invulling krijgt, is hier dus van doorslaggevende betekenis. Informatie over de taakverdeling en werkafspraken kunnen de patiënt inzicht verlenen in waar en hoe het binnen het netwerk mis is gegaan. Dit verhoogt de kans dat hij kan aantonen dat de aansprakelijk gestelde partij in strijd met de afstemming en samenwerkingsplicht heeft gehandeld. Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat uit de rechtspraak niet zonder meer volgt dat deze verzwaarde stelplicht ook geldt voor de actoren uit het netwerk die geen zorgaanbieder zijn. De verzwaarde stelplicht heeft daarnaast geen invloed op het materiële recht; geeft geen verdere invulling aan een plicht ten aanzien van gebrekkige samenhangende zorg, waardoor de betekenis hiervan beperkt is tot situaties waarin toedeling van aansprakelijkheid relatief onmogelijk is als gevolg van een gebrek aan informatie over de feiten en het ontstaan van de schade.⁷¹⁵

7.7 Netwerkaansprakelijkheid: vorm, invulling en uitvoering

Netwerkaansprakelijkheid vormt een alternatief voor het huidige civiele medische aansprakelijkheidsrecht in het geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Mijns inziens zijn er grofweg vier manieren waarop aansprakelijkheid kan worden toegedeeld. Het gaat hierbij steeds om de vraag *wie* extern aansprakelijk is indien gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. De externe aansprakelijkheid zou kunnen worden toegedeeld aan:

- Een partij die betrokken is bij het netwerk, maar zelf geen zorgaanbieder is.
- Eén van de zorgaanbieders in het netwerk.
- Alle zorgaanbieders in het netwerk; zij zijn allen hoofdelijk aansprakelijk.
- Alle zorgaanbieders in het netwerk; de externe aansprakelijkheid wordt verdeeld tussen de zorgaanbieders in het netwerk.

⁷¹⁵ Naast de verzwaarde stelplicht kan de patiënt in zijn bewijspositie mogelijk ook tegemoet worden gekomen door het aannemen van een bewijsvermoeden. Op basis van een bewijsvermoeden (ook wel rechterlijk of feitelijk vermoeden genoemd) kan de rechter tot een 'omkering' van de bewijslast komen. In een dergelijk geval acht de rechter op basis van de vaststaande feiten voldoende bewijs aanwezig om tot een bewijsvermoeden te concluderen waartegen tegenbewijs kan worden geleverd. De bewijslast van de patiënt wordt hiermee verlicht omdat het rechtsfeit immers niet ten volle bewezen hoeft te worden, De Ridder 2009, p. 79. Men zou ook het weerlegbaar vermoeden in de wet kunnen opnemen dat in geval van gebrekkige samenhangende zorg verleend door een netwerk alle zorgaanbieders in het netwerk in strijd met de norm van 'goed hulpverlener' hebben gehandeld. Het is dan aan de aangesproken zorgaanbieder om te ontkrachten dat hij niet degene is die zijn zorgplicht jegens de patiënt heeft geschonden, zie over bewijsvermoedens Asser/W.D.H. Asser (Procesrecht Asser 3) 2013/297 e.v.. Ook hiervoor geldt dat de materiële norm van aansprakelijkheid hiermee niet verandert en hiermee dus slechts een oplossing wordt geboden in die gevallen dat een gebrek aan informatie over feiten en het ontstaan van de schade toedeling van aansprakelijkheid bemoeilijken.

De eerste twee opties hebben gemeen dat zij een vorm van centralisering/kanalisering van aansprakelijkheid inhouden en in zekere zin vergelijkbaar zijn met bijvoorbeeld de artt. 6:76 BW, 6:170 BW en 6:171 BW. Men zou ook kunnen spreken over een *centrale netwerkaansprakelijkheid*.⁷¹⁶ De laatste twee opties voorzien in een verdelingsinstrument vergelijkbaar met de aansprakelijkheidsregiems die de personenvennootschappen kennen.

Dit onderzoek stelt de patiënt en diens belangen voorop. Dit betekent dat een verdeling van de aansprakelijkheid tussen de zorgaanbieders uit het netwerk geen wenselijk systeem is. De patiënt zou dan immers meerdere zorgaanbieders aansprakelijk moeten stellen, allen voor een deel van de schade. De laatste optie valt daarmee af en behoeft geen verdere uitwerking.

De eerste drie opties kunnen mogelijk een verdere uitwerking geven aan een netwerkaansprakelijkheid en zullen daarom in de volgende paragraaf nader worden toegelicht.

7.7.1 Netwerkaansprakelijkheid: drie vormen

1. Centrale netwerkaansprakelijkheid, een andere partij dan een zorgaanbieder

De eerste optie gaat uit van één centraal aansprakelijke partij die extern aansprakelijk is voor alle schade die het gevolg is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk. Het gaat daarbij om een partij die zelf geen zorg verleent maar wel betrokken is bij het netwerk. Dit is voor:

- Het *zorggroepnetwerk*: de zorggroep
- Het *gefaciliteerde netwerk*: de zorgondersteunende organisatie
- Het *acutezorgnetwerk*: (de leden van) het ROAZ

De aansprakelijkheid van die partij, geen zorgaanbieder, omvat in beginsel het handelen van alle netwerkpartners. Indien één actor of meerdere actoren gebrekkige samenhangende zorg verlenen, kan de patiënt zich richten tot deze partij. Het is dus niet noodzakelijk dat deze partij zelf in strijd met de materiële normen voor aansprakelijkheid heeft gehandeld. Op deze partij rust dus geen schuld-, maar een risicoaansprakelijkheid/kwalitatieve aansprakelijkheid⁷¹⁷.

Dit aansprakelijkheidsmodel is vergelijkbaar met de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid neergelegd in art. 7:462 BW, die mogelijk maakt dat de patiënt, die schade lijdt als gevolg van

⁷¹⁶ Vgl. Tjong Tjin Tai & Zegveld 2010, p. 119.

⁷¹⁷ De hoedanigheid van een bepaalde partij maakt hem aansprakelijk. Het is daarbij niet noodzakelijk dat deze partij persoonlijk iets te verwijten valt. Het huidige recht kent bijvoorbeeld de aansprakelijkheid van ouders voor de onrechtmatige daden van hun minderjarige kinderen, art. 6:169 BW of de aansprakelijkheid van de werkgever voor fouten van zijn ondergeschikte op basis van art. 6:170 BW.

een fout gemaakt binnen het ziekenhuis, hiervoor het ziekenhuis aansprakelijk kan stellen (zie tevens paragraaf 6.4). Naar analogie van de centrale ziekenhuisaansprakelijk zou men ook kunnen spreken van een *centrale netwerkaansprakelijkheid*.

Een centrale netwerkaansprakelijkheid biedt aansprakelijkheidsverzekeraars de mogelijkheid hier hun dienstverlening op af te stemmen. Zo spelen zorgverzekeraars ook nu al in op samenwerking in de zorg en bieden soms op deze samenwerking toegepaste verzekeringsproducten aan.⁷¹⁸ Zo biedt de polis van de VvAA huisartsen dekking in geval van aansprakelijkheid in de zorgketen.⁷¹⁹

2. Centrale netwerkaansprakelijkheid, één van de zorgaanbieders uit het netwerk

Optie 2 gaat net als optie 1 uit van één centraal aansprakelijke partij die extern aansprakelijk is voor alle schade die het gevolg is van gebrekkige samenhangende zorg verleend door het netwerk. De tweede optie heeft als uitgangspunt dat één van de zorgaanbieders aansprakelijk kan worden gehouden in het geval de patiënt schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg.

3. Hoofdelijke aansprakelijkheid netwerkpartners

Indien twee of meer schuldenaren hoofdelijk verbonden zijn, heeft de schuldeiser tegenover ieder van hen recht op nakoming voor het geheel (art. 6:7 BW). Hoofdelijkheid is binnen het huidige aansprakelijkheidsrecht niet standaard, maar moet worden gezien als uitzondering op de regel. Uitgangspunt is immers dat wanneer een prestatie door meerdere partijen verschuldigd is, ieder voor een gelijk deel verbonden is (art. 6:6 lid 1 BW).⁷²⁰ Schuldenaren zijn slechts hoofdelijk verbonden wanneer de prestatie ondeelbaar is of dit volgt uit wet, gewoonte of rechtshandeling (art. 6:6 lid 2 BW). Wanneer een van de schuldenaren betaalt, zijn ook de anderen jegens de schuldeiser bevrijd van betaling.⁷²¹ Vanuit het perspectief van de patiënt gedacht is hoofdelijkheid wenselijk aangezien hij zich voor het totale schadebedrag kan wenden tot ieder van de netwerkpartners.

Hoofdelijke aansprakelijkheid zou betekenen dat, indien de patiënt schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg, elke aansprakelijke netwerkpartner afzonderlijk voor het gehele schadebedrag aansprakelijk kan worden gehouden. Een nuancering op deze optie zou kunnen zijn dat slechts de partijen in het netwerk die zijn betrokken bij de gebrekkige

⁷¹⁸ vvaa.nl/verzekeringen/beroepsaansprakelijkheidsverzekering/huisartsen en sibbing.nl/Huisartsen/Huisartsen-collectief-advies (beide sites geraadpleegd op 6 oktober 2017).

⁷¹⁹ vvaa.nl/verzekeringen/beroepsaansprakelijkheidsverzekering/huisartsen (geraadpleegd op 6 oktober 2017).

⁷²⁰ Van Boom 2016, p. 29, Asser/Sieburgh (6-1) 2016/99.

⁷²¹ Asser/Sieburgh (6-1) 2016/99.

samenhangende zorg aan een bepaalde patiënt, hoofdelijk aansprakelijk zijn jegens die patiënt. Niet de grenzen van het netwerk zijn bepalend voor de vraag of een partij aansprakelijk kan worden gehouden, maar of 'betrokkenheid' kan worden aangetoond. Dit maakt deze nuancering mijns ziens erg complex en daarmee minder aantrekkelijk vanuit het perspectief van de patiënt. Deze nuancering zal daarom ook niet nader worden uitgewerkt.

7.7.2 Netwerkanalyse hulpmiddel bij de keuze voor een bepaald aansprakelijkheidsregiem

Het huidige civiele aansprakelijkheidsrecht brengt in een concrete situatie waarin zich aansprakelijkheidsvragen voordoen de feiten terug tot meestal twee, soms drie partijen en in uitzonderlijke situaties tot misschien een paar partijen meer, zo ook indien gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Met behulp van netindicatoren kan het netwerk (ex ante) worden omschreven en in kaart worden gebracht. Dit biedt de mogelijkheid aansprakelijkheidsvragen in het licht van een groter verband te beoordelen. Mijns inziens kunnen ten minste vier netwerkindicatoren richtinggevend zijn bij de vraag welk toedelingsmodel het beste aansluit bij een bepaald zorgnetwerk, namelijk:

- *Governance*
- *Density*
- *Centralization*
- *Keten*

De governance van het netwerk

De manier waarop netwerken worden gecoördineerd, verschilt. In paragraaf 2.2.5 zijn drie governancevormen van netwerken besproken zoals deze door Provan en Kenis worden onderscheiden: het *Participant-Governed Network/Zelfregulerende netwerk*, het *Lead Organization-Governed Network/Leiderorganisatienetwerk* en het *Network Administrative Organization/Netwerk administratieve organisatie (NAO)*. In een *Zelfregulerend netwerk* wordt het netwerk gereguleerd door de actoren in het netwerk gezamenlijk. In een *Leiderorganisatienetwerk* treedt één van de actoren op als leiderorganisatie. Deze actor neemt belangrijke besluiten in het netwerk, biedt administratieve hulp en/of faciliteert anderszins bij netwerkactiviteiten. Een *NAO* heeft net als een *Leiderorganisatienetwerk* een partij die het netwerk coördineert en de netwerkactiviteiten managet. Deze organisatie neemt echter niet, zoals in het *Leiderorganisatienetwerk*, zelf deel aan het primaire proces van het netwerk. Voor dit onderzoek betekent dit dus dat deze partij zelf geen zorg verleent. De governancevorm van een netwerk kan mijns inziens richtinggevend zijn bij de vraag hoe netwerkaansprakelijkheid dient te worden ingevuld in die zin dat de externe aansprakelijkheid zou kunnen worden neergelegd bij diegene(n) die het netwerk coördineert/coördineren.

De density van het netwerk

Een belangrijke indicator aan de hand waarvan het netwerk kan worden beschreven, is de *density* van het netwerk (zie paragraaf 2.2.3). Indien de dichtheid van het netwerk hoog is, hebben veel partijen uit het netwerk een directe relatie met elkaar. In netwerken waar de dichtheid laag is, hebben minder partijen een relatie met elkaar. Netwerkaansprakelijkheid impliceert een uitbreiding van de aansprakelijkheid. Men is in het geval van netwerkaansprakelijkheid niet alleen aansprakelijk voor eigen gedragingen, maar mogelijk ook voor de gedragingen van andere partijen uit het netwerk. Is de *overall density* in een netwerk hoog, dan rechtvaardigt dit mogelijk de toepassing van een netwerkaansprakelijkheid waarbij alle partijen in het netwerk extern aansprakelijk zijn voor het handelen van het gehele netwerk.

De centralization van het netwerk

Een belangrijke indicator in de netwerkanalyse is *centralization* (zie paragraaf 2.2.3). Een netwerk met een hoge centraliteit is sterk georganiseerd rond één of meer organisaties in het netwerk. De centrale partij binnen het netwerk heeft het vermogen om macht en controle uit te oefenen op de andere actoren in het netwerk. Mijns inziens pleit dit voor toepassing van een centrale netwerkaansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk dat sterk is gecentraliseerd.⁷²² De centrale partij in het netwerk is dan de partij die extern aansprakelijk is jegens de patiënt.

Keten, bijzondere vorm van een netwerk

In dit onderzoek wordt kort aandacht geschonken aan de keten (zie paragraaf 2.2.3). Een keten is een bijzondere vorm van een netwerk waarin de zorg volgtijdelijk wordt verleend. De patiënt krijgt achtereenvolgens zorg van verschillende zorgaanbieders en volgt daarbij een min of meer vast pad dat van tevoren is bepaald. Het onderscheid tussen een netwerk en een keten kan van belang zijn bij de vraag welke aansprakelijkheidsconsequenties kunnen worden verbonden aan het netwerk.⁷²³ In een netwerk waarin tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders zorg wordt verleend aan de patiënt, zal het vaker moeilijk te achterhalen zijn waar het mis is gegaan dan in een keten. De kans dat meerdere zorgaanbieders een aandeel hebben in het ontstaan van de

⁷²² Vgl. Tjong Tjin Tai 2011 (b), p. 15-16. Tjong Tjin Tai geeft aan dat voor de centrale elementen (hij spreekt hier over 'assen' en 'hubs') in een netwerkaansprakelijkheid voor de hand lijkt te liggen aangezien hun invloed op het uiteindelijke resultaat immers groot is, vgl. tevens Van Gulijk 2014 p. 58. Van Gulijk gaat in haar preadvies voor de Vereniging voor Bouwrecht in op de betekenis van een netwerkbenadering voor het bouwproces. Zij geeft aan dat de centraliteitsgedachte, toegepast op de bouwpraktijk, met zich meebrengt dat partijen die een meer centrale rol in de samenwerking hebben, zoals de directievoerend architect, de hoofdconstructeur of de coördinerend nevenaannemer bij nevenaannemingsconstructies, meer verantwoordelijkheid zouden moeten dragen en dus eerder aansprakelijk zouden moeten zijn dan partijen die een minder centrale rol hebben, zoals één van de onderaannemers of de opdrachtgevers op wie geen coördinerende taken rusten, zie ook Asser/Van den Berg (7-VI) 2017/269a.

⁷²³ Tjong Tjin Tai & Zegveld 2010, p. 119.

schade - en dat niet duidelijk is wat dit aandeel precies is - is in een netwerk groter dan wanneer zorgaanbieders opvolgend zorg aan een bepaalde patiënt hebben geleverd. Onduidelijkheden over het ontstaan van de schade zullen zich in de keten vaker beperken tot de overdrachtsmomenten dan in andere netwerken. In die gevallen kan het aantal betrokken zorgaanbieders beperkt zijn tot twee. Toch zal de oorzaak van de schade niet altijd beperkt blijven tot één overdrachtsmoment. Schade kan ook het gevolg zijn van opeenvolgende handelingen of overdrachtsmomenten of het design van het netwerk.⁷²⁴ In die gevallen waarin het ontstaan van de schade evident is veroorzaakt door slechts twee partijen binnen het netwerk, kan dit reden zijn de reikwijdte van de netwerkaansprakelijkheid tot deze partijen te beperken.

7.7.3 Vormen van netwerkaansprakelijkheid toegepast op de verschillende verschijningsvormen van zorgnetwerken

Omdat de verschillende verschijningsvormen van netwerken die centraal staan in dit onderzoek niet gelijk op deze indicatoren scoren, zal per verschijningsvorm worden nagelopen hoe de genoemde indicatoren richtinggevend kunnen zijn bij de keuze voor een bepaald toedelingsmodel. Slechts het *acutezorgnetwerk* kan worden gekwalificeerd als een keten (zie paragraaf 3.6), waardoor deze indicator slechts voor dit zorgnetwerk relevant is en zal worden meegenomen.

Volledigheidshalve dient hier te worden opgemerkt dat naast de aanknopingspunten die ontleend kunnen worden aan de netwerkindicatoren, voor de concrete uitwerking van netwerkaansprakelijkheid ook rekening dient te worden gehouden met de praktische hanteerbaarheid en aansluiting bij de beroepspraktijk. Nader onderzoek is hierbij geboden.

Zorggroepnetwerk: een centrale netwerkaansprakelijkheid met als centraal aansprakelijke partij de zorggroep

De coördinatie en afstemming binnen het *zorggroepnetwerk* verlopen via de zorggroep. Voor zover de zorggroep zelf geen zorg verleent, dient het zorggroepnetwerk te worden gekwalificeerd als een *Netwerk administratieve organisatie (NAO)*. De zorggroep houdt zich in dat geval immers zelf niet bezig met het primaire proces, in dit geval zorg verlenen, maar coördineert en managet de netwerkactiviteiten. Indien het netwerk zelf ook zorg verleent, kan het netwerk niet als *NAO* worden gekwalificeerd, maar moet het worden gekwalificeerd als een *Leiderorganisatienetwerk*. Dit verandert de positie van de zorggroep als bestuurder van het netwerk niet. De zorggroep neemt bovendien een centrale positie in het netwerk in. Alle zorgaanbieders uit het netwerk maken afspraken over de te verlenen zorg met de zorggroep,

⁷²⁴ Zie hierover: Wagner e.a. 2008, p. 15.

waardoor de *centralization* van het *zorggroepnetwerk* hoog is. De *overall density* van het netwerk is tegelijkertijd laag aangezien de afspraken over de te verlenen zorg niet worden gemaakt tussen de zorgaanbieders maar lopen via de zorggroep. Bovengenoemde punten leveren mijns inziens voldoende argumenten op de externe aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door het netwerk, neer te leggen bij de zorggroep. De positie van de zorggroep in het netwerk maakt dat zij grote invloed heeft op de wijze waarop afstemming en samenwerking plaats dient te vinden. De zorggroep stelt kwaliteitseisen aan de zorg en verdeelt de middelen. Hierdoor heeft zij mijns inziens de mogelijkheid om ook kosten die externe aansprakelijkheid en de verzekering hiervoor met zich meebrengen door te berekenen aan het netwerk.

Gefaciliteerd netwerk: alle zorgaanbieders in het netwerk zijn hoofdelijk aansprakelijk

De governancevorm van het gefaciliteerde netwerk is minder duidelijk dan van het *zorggroepnetwerk*. De zorgondersteunende organisatie initieert en ondersteunt het netwerk en vervult daarmee een belangrijke rol bij de regulering van het netwerk, maar dit is een andere rol dan de rol die de zorggroep heeft bij het *zorggroepnetwerk*. De zorgondersteunende organisatie heeft geen bevoegdheden en machtsmiddelen die hij kan inzetten bij het aansturen van het netwerk. De zorgondersteunende organisatie betaalt de zorgaanbieders niet voor de geleverde prestatie en kan zodoende ook niet, zoals de zorggroep wel kan, kwaliteitseisen opstellen en afdwingen. De regulering van het *gefaciliteerde netwerk* zal in veel gevallen dus ook vooral liggen bij de zorgaanbieders zelf. Er kan ook niet duidelijk één centrale partij worden aangewezen. De *centralization* van het *gefaciliteerde netwerk* is hierdoor laag. Een centrale netwerkaansprakelijkheid is mijns inziens daarom ook niet passend indien gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een *gefaciliteerd netwerk*.

Het *gefaciliteerde netwerk* verschilt van het zorgnetwerk doordat de zorgaanbieders niet alleen afspraken maken over afstemming en samenwerking met de zorgondersteunende organisaties, maar ook met elkaar. De *density* binnen deze netwerken is hierdoor hoger dan binnen *zorggroepnetwerken*. Een hogere *density* binnen een netwerk rechtvaardigt mijns inziens een regiem van hoofdelijke aansprakelijkheid. Gezien de grote gevolgen die een hoofdelijke aansprakelijkheid voor de actoren binnen het netwerk kan hebben is enige nuancering hier op zijn plaats. De *density* zegt niet per se iets over de aard van de relaties. In dit onderzoek zien relaties op gedragingen en afspraken tussen zorgaanbieders die gericht zijn op het gezamenlijk of in samenhang zorg verlenen ter verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Afspraken kunnen contractueel zijn, maar zijn in sommige gevallen meer feitelijk van aard. Soms zijn afspraken erg concreet, maar vaker zijn de afspraken erg algemeen geformuleerd. In een aantal gevallen zijn deze afspraken dwingend geformuleerd, maar in andere gevallen hebben zij een vrijblijvend karakter. Kramer meet in haar onderzoek de *density* van het netwerk door de

relatie te kwalificeren als informele en formele informatiedeling.⁷²⁵ Indien de *density* gemeten aan het aantal formele relaties hoog is, is het netwerkcommitment hoog indien netwerkaansprakelijkheid wordt ingevoerd. In netwerken waarin de actoren vooral informeel informatie delen, zijn er minder actoren bereidwillig in het netwerk te blijven indien een netwerkaansprakelijkheid wordt geïntroduceerd.⁷²⁶ Met enige voorzichtigheid kan mijns inziens worden geconcludeerd dat een hoofdelijke aansprakelijkheid enige professionalisering van het netwerk vereist. Verder is van belang dat de *density* weinig zegt over de positie van de afzonderlijke partijen binnen het netwerk. Kijkt men heel concreet naar de verschijningsvormen van netwerken dan kan men vaststellen dat de zorgaanbieders die deel uitmaken van een netwerk heel divers zijn. Zo is een zelfstandig werkend diëtist of podotherapeut niet te vergelijken met een ziekenhuis of een huisartsenmaatschap. Van belang is daarom dat de actoren binnen het *gefaciliteerde netwerk* duidelijke afspraken maken over de interne aansprakelijkheid en de mogelijkheden van regres.

Acutezorgnetwerk: een centrale netwerkaansprakelijkheid met als centraal aansprakelijke partij een van de zorgaanbieders uit het netwerk, namelijk het traumacentrum verbonden aan een ziekenhuis

De zorgaanbieders die zorg verlenen in een *acutezorgnetwerk*, maken binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) afspraken over afstemming en samenwerking binnen het netwerk. Omdat alle zorgaanbieders in het *acutezorgnetwerk* formeel met elkaar zijn verbonden in het ROAZ, is de *density* in het netwerk hoog. Dit betekent tegelijkertijd dat de *centralization* van het netwerk laag is. Betoogd zou kunnen worden dat het *acutezorgnetwerk* een *Zelfregulerend netwerk* is daar alle zorgaanbieders deelnemen aan het ROAZ. Binnen het *acutezorgnetwerk* lijkt in eerste instantie geen logische partij te kunnen worden aangewezen aan wie deze centrale aansprakelijkheid kan worden toegedeeld. Een centrale netwerkaansprakelijkheid is daarom mogelijk geen passend regiem. Van belang is echter dat het traumacentrum (gevestigd binnen het ziekenhuis) een initiërende en leidende rol heeft binnen het ROAZ. Men zou daarom ook kunnen betogen dat het netwerk dient te worden gekwalificeerd als een *Leiderorganisatienetwerk*. Een centrale netwerkaansprakelijkheid waarbij het traumacentrum extern aansprakelijk is in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een *acutezorgnetwerk*, is mijns inziens hierdoor ook een optie. Het *acutezorgnetwerk* is een keten. De patiënt krijgt dus volgtijdelijk zorg van verschillende zorgaanbieders. Juist hierom is er mogelijk vaker dan in de andere verschijningsvormen van netwerken sprake van een situatie

⁷²⁵ Kramer 2014, p. 83.

⁷²⁶ Kramer 2014, p. 91.

waarin duidelijk is dat de gebrekkige samenhangende zorg slechts het gevolg is van het handelen van twee partijen in de keten. In dat geval zou men ook kunnen kiezen voor hoofdelijke aansprakelijkheid. Nadeel hiervan is dat niet ex ante kan worden bepaald wie aansprakelijk is als gebrekkige samenhangende zorg is verleend door het netwerk.

7.8 Conclusie

De essentie van netwerkaansprakelijkheid is:

- Netwerkaansprakelijkheid is een instrument om externe aansprakelijkheid toe te delen in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk.
- Expliciete toedeling van aansprakelijkheid aan een van de partijen uit het netwerk of een andere betrokkene.
- Voor de vraag of er sprake is aansprakelijkheid, wordt het handelen van het netwerk als geheel beoordeeld en wordt dus niet getoetst of de zorgaanbieders los van elkaar in strijd met de op hen rustende zorgplicht hebben gehandeld.

Een netwerkaansprakelijkheid sluit beter aan bij situaties waarin verschillende zorgaanbieders in samenhang zorg verlenen aan een bepaalde patiënt dan het huidige aansprakelijkheidsrecht dat in beginsel uitgaat van bilaterale verhoudingen. Deze aansluiting kan onvoldoende worden bereikt met behulp van bestaande juridische figuren, zelfs als de reikwijdte van deze bestaande figuren wordt verbreed naar netwerksituaties. Toedeling van aansprakelijkheid is in het belang van de patiënt die schade lijdt als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg, maar komt ook het netwerk ten goede. Netwerkaansprakelijkheid sluit aan bij ontwikkelingen in het bestaande recht van centralisering, kanalisering en samenhangende rechtsverhoudingen. Ook in het buitenland worstelen juristen met complexe feitelijk-economische structuren en de aansluiting van het recht hierbij. De idee van een netwerkaansprakelijkheid sluit hierbij aan.

Netwerkaansprakelijkheid kan op meerdere manieren vorm krijgen. Vanuit het perspectief van de patiënt liggen drie opties voor de hand:

1. Een partij die betrokken is bij het netwerk, maar zelf geen zorgaanbieder is.
2. Eén van de zorgaanbieders uit het netwerk.
3. Alle zorgaanbieders in het netwerk; zij zijn allen hoofdelijk aansprakelijk.

De netwerkindicatoren *governance*, *centralization*, *density* en *keten* bieden aanknopingspunten bij de keuze voor een bepaalde vorm van netwerkaansprakelijkheid per verschijningsvorm van de zorgnetwerken die object zijn van dit onderzoek.

Zorggroepnetwerk: Centrale netwerkaansprakelijkheid

De zorggroep is de centraal aansprakelijke partij indien door het *zorggroepnetwerk* gebrekkige samenhangende zorg is verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centralization* van het *zorggroepnetwerk*, sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *zorggroepnetwerk*. Dit betekent dat mevrouw Fransen de zorggroep kan aanspreken voor de schade die zij lijdt, omdat haar zicht is verminderd als gevolg van gebrekkige samenhangende diabeteszorg.

Gefaciliteerde netwerk: Hoofdelijke aansprakelijkheid

Alle zorgaanbieders uit het netwerk zijn hoofdelijk aansprakelijk indien gebrekkige samenhangende zorg is verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centralization* van het *gefaciliteerde netwerk*, sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *gefaciliteerde netwerk*. Dit betekent dat de heer Basinas alle zorgaanbieders kan aanspreken voor de gehele schade die hij heeft geleden als gevolg van gebrekkige samenhangende zorg na een ziekenhuisopname.

Acutezorgnetwerk: Centrale netwerkaansprakelijkheid

Het Traumacentrum is de centraal aansprakelijke partij in het *acutezorgnetwerk* indien het gebrekkige samenhangende zorg heeft verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centrality* van het *acutezorgnetwerk*, sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *acutezorgnetwerk*. Dit betekent dat mevrouw Bartels het Traumacentrum dat deel uitmaakt van het ziekenhuis kan aanspreken voor het overlijden van haar kind als gevolg van gebrekkige acute zorg.

8 Conclusie en aanbevelingen

In hoofdstuk 1 van dit proefschrift heb ik de volgende centrale vraag gesteld:

Welke bijdrage kan een netwerkbenadering leveren aan de toedeling van externe civiele aansprakelijkheid in geval van gebrekkige samenhangende zorg?

Ik heb hierbij twee hypothesen geformuleerd:

1. Een netwerkbenadering draagt bij, in die zin dat met behulp van netwerkanalyse een omschrijving van de feiten (samenhangende zorg) kan worden gegeven en hierdoor toedeling van civiele aansprakelijkheid mogelijk wordt met toepassing van het bestaande recht.
2. De verwachting dat met behulp van een netwerkbenadering een bijdrage kan worden geleverd aan het antwoord op de vraag hoe en aan wie de externe civiele aansprakelijkheid zou kunnen worden toegedeeld in geval van gebrekkige samenhangende zorg, eventueel met behulp van een wetswijziging.

Met betrekking tot deze hypothesen kan op basis van het onderzoek dat ik heb verricht het volgende worden opgemerkt:

Ad. 1

Netwerkanalyse biedt de mogelijkheid de feiten - in dit geval zorg die in samenhang door meerdere zorgaanbieders wordt verleend - (ex ante) te omschrijven en in het concept van het netwerk te plaatsen (zie hoofdstuk 2 en 3). Bestaande juridische figuren sluiten echter niet aan bij het netwerk (zie hoofdstuk 6) waardoor in het geval waarin gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk, toedeling van aansprakelijkheid niet altijd mogelijk is. Netwerkanalyse is dus een hulpmiddel bij het omschrijven van de feiten en geeft hiermee inzicht in de werkelijkheid, maar levert vervolgens geen directe bijdrage aan de toedeling van aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk. Wat dit onderzoek laat zien, is dat het huidige civiele aansprakelijkheidsrecht tekortschiet als zorg tegelijk of volgtijdelijk wordt verleend door meer zorgaanbieders.

Ad. 2

Hoofdstuk 7 van dit onderzoek laat zien dat een netwerkbenadering aanknopingspunten biedt voor de wijze waarop civiele aansprakelijkheid (ex ante) kan worden toegedeeld. Verschillende netwerkindicatoren als *governance*, *centralization*, *density* en de vraag of het netwerk kan

worden gekwalificeerd als een *keten*, geven richting bij de vraag welke vorm kan worden gegeven aan een nog in te voeren netwerkaansprakelijkheid.

Aanbevelingen

- Niet alleen vanuit het bestaande juridisch begrippenkader de werkelijkheid omschrijven, maar van tijd tot tijd een andere bril opzetten. Door de feiten te schetsen vanuit een ander perspectief en met behulp van nieuwe begrippen, ontstaat mogelijk ruimte voor een aangepaste of alternatieve juridische beoordeling.
- Indien zorg door meer partijen gezamenlijk of in samenhang wordt verleend, dient voor de vraag of hierbij een zorgplicht is geschonden niet alleen gekeken te worden naar het handelen van de individuele zorgaanbieders, maar dient de totale zorg die is verleend te worden beoordeeld alsof zij door één zorgaanbieder is verleend.
- Een netwerkaansprakelijkheid als zelfstandige figuur opnemen in afdeling 7.7.5 BW naast de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid van art. 7:462 BW.
- Een plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg opnemen in de wet (Wkkgz). Daarbij expliciet maken dat deze plicht niet alleen ziet op intramurale zorg, maar ook op transmurale zorg.
- De norm ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg dient helder te zijn. Nader onderzoek naar wat precies van zorgaanbieders kan worden verwacht met betrekking afstemming en samenwerking met andere zorgaanbieders, is geboden. Op basis van 'best practices' dient te worden vastgesteld wat nodig is om samenhangende zorg te kunnen verlenen. Tegelijkertijd dient er rekening te worden gehouden met de beperkingen van afstemming en samenwerking.
- De wetgever dient duidelijkheid te verschaffen over de vraag in hoeverre zorgaanbieders in een netwerk patiëntengegevens mogen delen en wanneer toestemming van de patiënt vereist is. Voor zover een geheimhoudingsplicht het onmogelijk maakt voor zorgaanbieders in een netwerk de zorgverlening af te stemmen, is dit mijns inziens een geldig verweer tegen aansprakelijkheid.

Samenvatting

1. Gebrekkige samenhangende zorg en het civiele aansprakelijkheidsrecht

Onderzoek laat zien dat patiënten letsel oplopen of zelfs overlijden als gevolg van onbedoelde, maar vermijdbare gebeurtenissen tijdens een medische behandeling. Deze gebeurtenissen doen zich voor binnen de instelling, maar het kan ook gaan om gebeurtenissen die de instelling overstijgen en samenhangen met de afstemming en communicatie tussen instellingen. In het laatste geval is er sprake van gebrekkige samenhangende zorg verleend door meerdere zorgaanbieders.

Dit onderzoek gaat over de aansluiting van het civiele aansprakelijkheidsrecht op situaties waarin gebrekkige samenhangende zorg wordt verleend door meerdere instellingen in een netwerk. Hierbij vormt het perspectief van de patiënt het uitgangspunt. Dit betekent dat het feit dat de zorg is verleend door meerdere zorgaanbieders gezamenlijk geen belemmering mag zijn voor schadevergoeding.

2. Een netwerkbenadering

Bij de beschrijving en afbakening van afstemming en samenwerking in de zorg door meerdere zorgaanbieders is gekozen voor een netwerkbenadering, die ik ontleend heb aan de sociologie en de organisatiewetenschappen. De zorgnetwerken die object zijn van dit onderzoek zijn *interorganizational networks*, dat wil zeggen netwerken van organisaties en niet zoals in het geval van *intraorganizational networks*, netwerken binnen organisaties. De instellingen die het *interorganizational network* (ook wel actoren te noemen) vormen, zijn zorgaanbieders, zoals een ziekenhuis, een huisartsenmaatschap of een zelfstandig werkende diëtist. De netwerken in dit onderzoek zijn *goal directed networks*: ze hebben een gezamenlijk doel en dat doel is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en efficiëntie door middel van afstemming en samenwerking. Netwerken die zelf geen zorg verlenen en dus louter facilitair zijn, zoals netwerken die enkel gericht zijn op het delen van kennis, vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

In het onderzoek zijn drie verschijningsvormen omschreven die passen binnen de hierboven gegeven beschrijving van het zorgnetwerk. Voor deze netwerken is aangegeven hoe zij scoren op een aantal netwerkindicatoren, namelijk de *centralization* (hoe sterk is het netwerk georganiseerd rond een bepaalde actor?) en de *density* (hoeveel actoren in het netwerk hebben een directe relatie met elkaar?). Gaat het om een *keten* (een netwerk waarbinnen volgtijdelijk zorg wordt verleend) of gaat het om een netwerk waarbinnen tegelijkertijd door meerdere zorgaanbieders zorg aan een bepaalde patiënt wordt verleend? En tot slot de *governancevorm*: gaat het om een *Zelfregulerend netwerk*, een *Leiderorganisatienetwerk* of een *Netwerk*

Administratieve Organisatie (NAO)? Kort samengevat gaat het om de volgende drie verschijningsvormen:

Zorggroepnetwerk

De zorgverzekeraar koopt integraal zorg in bij de zorggroep (een organisatie met rechtspersoonlijkheid) voor patiënten met een bepaalde (chronische) ziekte in een bepaalde regio, bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2 in Groningen. Deze zorg is omschreven in een zorgprogramma. De zorggroep maakt op haar beurt afspraken met zorgaanbieders die deze zorg vervolgens feitelijk verlenen. Gezamenlijk vormen zij het *zorggroepnetwerk*. De zorggroep neemt een centrale positie in binnen het zorgnetwerk, waardoor de *centralization* van het netwerk hoog is. De coördinatie en afstemming in het netwerk verloopt via de zorggroep. In het geval de zorggroep zelf ook feitelijke zorg verleent, zou sprake kunnen zijn van een *Leiderorganisatienetwerk*. In het geval de zorgaanbieder zelf geen zorg verleent, is het denkbaar dat het netwerk kan worden gekwalificeerd als een *NAO*. De *density* binnen een *zorggroepnetwerk* is niet hoog daar contacten voornamelijk lopen via de zorggroep en niet zozeer via de zorgaanbieders onderling. Zorgaanbieders binnen het *zorggroepnetwerk* leveren tegelijkertijd zorg aan een bepaalde patiënt. Het *zorggroepnetwerk* is dus geen keten.

Gefaciliteerde zorgnetwerk

Het *gefaciliteerde zorgnetwerk* wordt geïnitieerd en gefaciliteerd door een zorgondersteunende organisatie, zonder directe betrokkenheid van de zorgverzekeraar. Net als in het geval van het *zorggroepnetwerk* kan het hier gaan om een netwerk van zorgaanbieders dat zorg verleent op basis van een zorgprogramma aan patiënten met een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld dementie. Ook kan het gaan om zorgaanbieders die gevestigd zijn en samenwerken in één gebouw, zoals een gezondheidscentrum. Afspraken over afstemming en samenwerking worden niet alleen gemaakt met de zorgondersteunende organisatie, maar ook door de actoren onderling. De *density* binnen *gefaciliteerde netwerken* is hierdoor hoger dan binnen de *zorggroepnetwerken*. Binnen de besproken netwerken kan niet duidelijk één centrale partij worden aangewezen. De *centralization* van de *gefaciliteerde zorgnetwerken* is hierdoor laag. Omdat alle zorgaanbieders betrokken zijn bij de regulering van het netwerk kan het *gefaciliteerde zorgnetwerk* worden gekwalificeerd als een *Zelfregulerend netwerk*. Zorgaanbieders binnen het *gefaciliteerde zorgnetwerk* leveren tegelijkertijd zorg aan een bepaalde patiënt. Het netwerk is dus geen keten.

Acutezorgnetwerk

Het acutezorgnetwerk wordt gevormd door de zorgaanbieders die deelnemen aan het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) en in een bepaalde regio de acute zorg verlenen. Binnen het ROAZ maken de betrokken zorgaanbieders afspraken met betrekking tot afstemming en samenwerking in de acute zorg. Het *acutezorgnetwerk* zou daarom gekwalificeerd kunnen

worden als een *Zelfregulerend netwerk*. Als gevolg van de leidende rol die het traumacentrum heeft, kan het *acutezorgnetwerk* mijns inziens ook gekwalificeerd worden als een *Leiderorganisatienetwerk*. Omdat alle zorgaanbieders binnen het ROAZ direct gerelateerd zijn aan elkaar, is de *density* binnen het *acutezorgnetwerk* hoog. Dit betekent tegelijkertijd dat de *centralization* laag is. De zorg wordt volgtijdelijk verleend, waardoor het netwerk kan worden gekwalificeerd als een keten.

3. Plicht tot afstemming en samenwerking?

Op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) en Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) rust op de actoren in de beschreven verschijningsvormen van zorgnetwerken enige plicht ten aanzien van afstemming en samenwerking in de zorg. Deze plicht geeft invulling aan de civielrechtelijke norm voor medische aansprakelijkheid neergelegd in art. 7:453 BW, de norm van 'goed hulpverlener'. Deze afstemmingsplicht is echter beperkt. Zo kan uit de Wkkgz in beginsel slechts een plicht worden afgeleid die ziet op afstemming en samenwerking binnen de instelling (intramurale afstemmingsplicht). Omdat het zorgnetwerk instellingoverstijgende zorg verleent, is de betekenis hiervan voor het zorgnetwerk beperkt. De afstemmingsplicht in de Wkkgz is bovendien weinig richtinggevend en niet erg concreet geformuleerd. Dit geldt in zekere zin ook voor de wijze waarop de afstemmingsplicht invulling krijgt in de Handreiking, LESA's en LTA's. De aanwijzingen die uit de tuchtrechtspraak kunnen worden ontleend, zien met name op afstemming en samenwerking van individuele beroepsbeoefenaren binnen één instelling.

4. Geen netwerkaansprakelijkheid naar huidig recht

In een aantal gevallen van gebrekkige samenhangende zorg kunnen één of meer partijen uit het netwerk aansprakelijk worden gehouden op grond van art. 6:74 BW dan wel art. 6:162 BW. Toedeling van aansprakelijkheid kan echter een probleem zijn. Allereerst kan worden gedacht aan de situatie dat meerdere zorgaanbieders bij de patiënt betrokken zijn en de schade een optelsom is van 'kleinere fouten' die afzonderlijk niet in strijd zijn met een civielrechtelijke norm voor aansprakelijkheid. Verder kunnen er ook praktische belemmeringen zijn die de toedeling van aansprakelijkheid bemoeilijken. Zo kan er onduidelijkheid bestaan over de toedracht en het ontstaan van de schade. Vooral in netwerksituaties is denkbaar dat feiten onvoldoende helder zijn en dat het niet duidelijk is hoe de gebrekkige samenhangende zorg is ontstaan en welke zorgaanbieders hier een rol in hebben gespeeld. Dit kan tot gevolg hebben dat de verkeerde zorgaanbieder wordt aangesproken; de gebrekkige samenhangende zorg is veroorzaakt door andere zorgaanbieders binnen het netwerk dan de aangesproken zorgaanbieder. Een belemmering kan ook zijn dat de gebrekkige samenhangende zorg niet is terug te voeren op de

schending van een concrete afstemmingsplicht. De norm krijgt voor deze bijzondere situatie geen invulling door specifieke wetgeving, zelfregulering of rechtspraak.

Naast bovengenoemde belemmeringen zijn er in het huidige recht slechts beperkte mogelijkheden ook andere partijen in het netwerk dan de zorgaanbieder met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft met succes aan te spreken. Zorgaanbieders met wie de patiënt geen behandelrelatie heeft, maar die wel tot het netwerk behoren, kunnen doorgaans niet worden aangesproken en ook de zorggroep, de zorgondersteunende organisatie en het ROAZ blijven buiten schot.

Bestaande grondslagen/rechtsfiguren die onder omstandigheden de reikwijdte van het aansprakelijkheidsrecht verruimen, zoals art. 6:76 BW (aansprakelijkheid voor hulppersonen), art. 6:170 BW (aansprakelijkheid voor ondergeschikten), art. 6:171 BW (aansprakelijkheid voor niet-ondergeschikten), art. 7:462 BW (centrale ziekenhuisaansprakelijkheid), art. 6:166 BW (groepsaansprakelijkheid) en art. 7A:1655 BW (maatschap), kunnen deze belemmeringen niet wegnemen. Vaste en beperkte begrippenkaders en definities vormen een beletsel het zorgnetwerk in te passen in het huidige wettelijke systeem.

5. Contouren van een netwerkaansprakelijkheid naar toekomstig recht

De belemmeringen die het huidige recht kent bij de toedeling van civiele aansprakelijkheid in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk, zijn reden om de mogelijkheid van een netwerkaansprakelijkheid af te tasten.

De essentie van netwerkaansprakelijkheid is:

- Netwerkaansprakelijkheid is een instrument om externe aansprakelijkheid toe te delen in geval gebrekkige samenhangende zorg is verleend door een netwerk.
- Expliciete toedeling van aansprakelijkheid aan een van de partijen uit het netwerk of een andere betrokkene.
- Voor de vraag of er aansprakelijkheid is, wordt het handelen van het netwerk als geheel beoordeeld en wordt dus niet getoetst of de zorgaanbieders los van elkaar in strijd met de op hen rustende zorgplicht hebben gehandeld.

Netwerkaansprakelijkheid kan op meerdere manieren vorm krijgen. Vanuit het perspectief van de patiënt liggen drie opties voor de hand:

1. Een partij die betrokken is bij het netwerk, maar zelf geen zorgaanbieder is, is de centraal aansprakelijke partij.
2. Eén van de zorgaanbieders uit het netwerk is de centraal aansprakelijke partij.
3. Alle zorgaanbieders in het netwerk; zij zijn allen hoofdelijk aansprakelijk.

De netwerkindicatoren *governance*, *centralization*, *density* en *keten* kunnen aanknopingspunten bieden bij de keuze voor een bepaalde vorm van netwerkaansprakelijkheid:

Zorggroepnetwerk: Centrale netwerkaansprakelijkheid

De zorggroep is de centraal aansprakelijke partij indien door het *zorggroepnetwerk* gebrekkige samenhangende zorg is verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centralization* van het *zorggroepnetwerk* sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *zorggroepnetwerk*.

Gefaciliteerde netwerk: Hoofdelijke aansprakelijkheid

Alle zorgaanbieders uit het netwerk zijn hoofdelijk aansprakelijk indien gebrekkige samenhangende zorg is verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centralization* van het *gefaciliteerde netwerk* sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *gefaciliteerde netwerk*.

Acutezorgnetwerk: Centrale netwerkaansprakelijkheid

Het traumacentrum is de centraal aansprakelijke partij in het *acutezorgnetwerk* indien het gebrekkige samenhangende zorg heeft verleend. Kijkend naar de *governancestructuur* en gemeten aan de *density* en de *centrality* van het *acutezorgnetwerk* sluit deze vorm van netwerkaansprakelijkheid het beste aan bij het *acutezorgnetwerk*.

Introductie van een netwerkaansprakelijkheid vereist een wetswijziging. Een netwerkaansprakelijkheid dient daarom verder te worden uitgewerkt en als zelfstandige figuur opgenomen te worden in afdeling 7.7.5 BW naast de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid van art. 7:462 BW.

Summary

1. Defective coherent care and civil liability law

Studies show that patients are injured or even die as a result of unintentional but avoidable occurrences during a medical treatment. These occurrences may take place within the institution, but it may also concern occurrences that transcend the institution and are related to the coordination and communication between institutions. In the latter case, there is a lack of coherent care provided by multiple care providers.

This research concerns the connection of civil liability law to situations in which defective coherent care is provided by multiple institutions. The perspective of the patient forms the starting point. This means that the fact that the care has been provided by multiple care providers may not form an obstruction for compensation.

2. A network approach

With regards to the description and limitation of coordination and cooperation in the healthcare sector by multiple care providers, a network approach was adopted from sociology and organizational sciences. The care networks that are the object of this research are interorganizational networks, which means networks of organizations and not, as in the case of intraorganizational networks, networks within organizations. The institutions of the interorganizational network (also called actors) are care providers, for example a hospital, a general practice or a self-employed dietician. The networks in this study are goal directed networks: they have a common goal and that goal is aimed at improving the quality of care and efficiency through coordination and cooperation. Networks that do not provide care themselves and are therefore purely facilitative, such as networks the sole purpose of which is sharing knowledge, fall outside the scope of this research.

In this study three forms have been described that fit within the description of the care network given above. For each of these networks the level on which they score on a number of network indicators is provided, namely the centralization (how strong is the network organized around a certain actor?) and the density (how many actors within the network have a direct relationship with each other?). Does it concern a chain (a network within which care is provided by care providers successively) or is it a network in which care is provided to a specific patient by a number of care providers at the same time? And finally, the form of governance: does it concern a *Participant-Governed Network*, a *Lead Organization-Governed Network* or a *Network Administrative Organization (NAO)*? In short, the following three manifestations are concerned:

Care group network

The health insurance company purchases integral care from the care group (an organization that has legal personality) for patients with a specific (chronic) illness in a specific region, for example diabetes mellitus type 2 in Groningen. This care has been described in a care program. The care group in turn makes agreements with care providers who then actually provide this care. Together they form the *care group network*. The care group occupies a central position within the healthcare network, which leads to a high level of centralization. Coordination and communication within the network take place through the care group. In case the care group itself also provides actual care, there could be a *Lead Organization-Governed Network*. In the event that the care provider itself does not provide care, it is conceivable that the network can be qualified as an *NAO*. The level of density within a *care group network* is not high as contacts mainly run through the care group and not so much through the care providers themselves. Healthcare providers within the *care group network* provide care to a specific patient at the same time. Therefore, the *care group network* is not a chain.

Facilitated care network

The *facilitated care network* is initiated and facilitated by a care support organization, without any direct involvement of the health insurer. As in the case of the *care group network*, the *facilitated care network* may be a network of care providers which provides care on the basis of a care program for patients with a certain disease, for example dementia. The *facilitated care network* may also concern healthcare providers who are situated and work together in one building, such as a health center. Agreements about coordination and cooperation are not only made with the care support organization, but also among the actors themselves. Therefore, the density within facilitated networks is higher than within the *care group networks*. Within the networks discussed, it is not possible to clearly identify one central party. Therefore, the level of centralization within the *facilitated care networks* is low. Because all care providers are involved in the regulation of the network, the facilitated network can be qualified as a *Participant-Governed Network*. Healthcare providers within the *facilitated care network* provide care to a specific patient at the same time. Therefore, the network is not a chain.

Acute care network

The *acute care network* is formed by the care providers participating in the regional consultation acute care (ROAZ) and providing acute care in a specific region. Within the ROAZ, the healthcare providers involved make agreements with regard to coordination and cooperation in acute care. The *acute care network* could therefore be qualified as a *Participant-Governed Network*. As a result of the leading role that of the trauma center, the *acute care network* can also be qualified as a *Lead Organization-Governed Network*. Because all care providers within the ROAZ are directly related to each other, the density within the *acute care network* is high. This at the same

time means that the centralization is low. The care is provided sequentially, so that the network can be qualified as a chain.

3. An obligation to coordinate and cooperate?

On the basis of the Wkkgz (a law concerning care quality and healthcare disputes), the Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (a guide concerning responsibility for health cooperation), LESAs (national primary care cooperation agreements) and LTAs (national transmural care agreements), a certain obligation with regard to coordination and cooperation in healthcare, is imposed on the actors in the described forms of care networks. This obligation implements the civil law standard for medical liability laid down in art. 7:453 BW, the standard of a 'good care provider'. However, this coordination obligation is limited. For example, in principle only a duty can be derived from the Wkkgz that relates to coordination and cooperation within the institution (intramural coordination obligation). Because the care network provides institution-transcending care, the significance of this is limited for the care network. In addition, the coordination obligation in the Wkkgz is not very directive and is not well formulated in concrete terms. In a sense, this also applies to the way in which the coordination obligation is laid down in the Handreiking, LESAs and LTAs. The indications that can be derived from disciplinary law mostly concern the coordination and cooperation of individual practitioners within one institution.

4. No network liability in current law

In a number of cases of defective coherent care, one or more parties from the network can be held liable on the basis of art. 6:74 BW or art. 6:162 BW. However, attributing liability can pose a problem. First of all, one can think of the situation in which several care providers are involved with the patient and the damage that occurs is the sum of 'smaller failures' that in itself are not in conflict with a civil liability standard. There may also be practical obstacles that make the allocation of liability more difficult. For example, there may be a lack of clarity about the circumstances and the occurrence of the damage. Especially in network situations it is conceivable that facts are insufficiently clear and that it is not clear how the inadequate cohesive care has arisen and which care providers have played a role in it. This may result in the wrong healthcare provider being held liable; the lack of coherent care is caused by other healthcare providers within the network than the healthcare provider that was held liable. The lack of coherent care that cannot be attributed to the violation of a specific coordination obligation, may also form an obstacle. The standard is not specified for this special situation by specific legislation, self-regulation or case law.

In addition to the obstacles mentioned above, current law only provides a limited number of possibilities to hold liable other parties within the network than the care provider with whom

the patient has a treatment agreement. Healthcare providers with whom the patient does not have a treatment relationship, but who do belong to the network, usually cannot be held liable, and the care group, the care support organization and the ROAZ remain out of range.

Existing fundamentals/legal concepts that under certain circumstances broaden the scope of liability law, such as art. 6:76 BW (liability for auxiliary persons), art. 6: 170 BW (liability for subordinates), art. 6: 171 BW (liability for non-subordinates), art. 7: 462 BW (central hospital liability), art. 6: 166 BW (group liability) and art. 7A: 1655 BW (partnership), cannot negate these obstacles. Fixed and limited conceptual frameworks and definitions form an obstacle to the integration of the care network into the current legal system.

5. Contours of a network liability in future law

The obstacles to the allocation of civil liability in case defective coherent care has been provided by a network are grounds for examining the possibility of network liability.

The essence of network liability is:

- Network liability is an instrument to assign external liability in the event that defective coherent care has been provided by a network.
- Explicit allocation of liability to one of the parties from within the network or another party involved.
- To determine whether liability can be established, the actions of the network as a whole are assessed and it is therefore irrelevant whether the care providers act independently when violating their duty of care.

Network liability can take shape in several ways. From the perspective of the patient three options are obvious:

1. A party that is involved in the network, but is not a healthcare provider itself is the party centrally liable.
2. One of the healthcare providers within the network is the party centrally liable.
3. All healthcare providers within the network; they are jointly and severally liable.

The network indicators governance, centralization, density and chain can offer starting points when choosing a certain form of network liability:

Care group network: Central network liability

The care group is the party centrally responsible if the *care group network* has provided defective coherent care. Considering the governance structure and measuring the density and centralization of the *care group network*, this form of network liability is best suited to the *care group network*.

Facilitated network: Joint and several liability

All care providers within the network are jointly and severally liable if defective coherent care has been provided. Considering the governance structure and measuring the density and centralization of the facilitated network, this form of network liability is best suited to the facilitated network.

Acute care network: Central network liability

In the *acute care network* the trauma center is the party centrally liable if it has provided defective coherent care. Considering the governance structure and measuring the density and the centralization of the *acute care network*, this form of network liability is best suited to the *acute care network*.

Introducing a network liability requires a change in the law. A network liability must be worked out and included as an independent figure in section 7.7.5 BW in addition to the central hospital liability of art. 7:462 BW.

Bronvermelding

Lijst van verkort aangehaalde literatuur

Van Aelst & Bruyninckz 1998

P. van Aelst, E. Bruyninckz, 'Netwerkanalyse: 2 concrete toepassingen', *PSW-papers*, Antwerpen: Universiteit van Antwerpen 1998/8.

Akkermans 2011

A.J. Akkermans, 'Beter recht door herziening van ons beeld van de herkomst van rechtsnormen', *NTBR* 2011, p. 510-515.

Amstutz & Teubner 2009

M. Amstutz, G. Teubner (red.), *Networks. Legal Issues of Multilateral Co-operation*, Portland: Hart Publishing 2009.

Asser/Van den Berg (7-VI) 2017

M.A.M.C. van den Berg, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht, deel 7 VI Bijzondere overeenkomsten; aanneming van werk*, Deventer: Wolters Kluwer 2017.

Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-IV) 2015

A.S. Hartkamp & C.H. Sieburgh *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk recht, deel 6 IV Verbintenissenrecht; De verbintenis uit de wet*, Deventer: Kluwer 2015.

Asser/Hartkamp & Sieburgh (6-III) 2014

A.S. Hartkamp & C.H. Sieburgh, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk recht, deel 6 III Verbintenissenrecht; Algemeen overeenkomstenrecht*, Deventer: Kluwer 2014 (online).

Asser/Maeijer & Van Olffen (7-VII) 2017

J.M.M. Maeijer & M. van Olffen, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk recht, deel 7-VII Maatschap, vennootschap onder firma en commanditaire vennootschap*, Deventer: Wolters Kluwer 2017 (online).

Asser/Scholten (Algemeen deel *) 1974

P. Scholten, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht, algemeen deel** (met feitelijke gegevens aangevuld door G.J. Scholten), Deventer: Kluwer 2005.

Asser/Tjong Tjin Tai (7-IV) 2014

T.F.E. Tjong Tjin Tai, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht, deel 7 IV Bijzondere overeenkomsten; opdracht incl. de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de reisovereenkomst*, Deventer: Kluwer 2014.

Asser/Vranken (Algemeen deel **) 2014**

J.B.M. Vranken, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht, algemeen deel****; een synthese*, Deventer: Kluwer 2014.

Asser/W.D.H. Asser (Procesrecht Asser 3) 2017

W.D.H. Asser, *Mr. C. Assers handleiding tot de beoefening van het Nederlands Burgerlijk Recht, Procesrecht Asser 3*, Deventer: Kluwer 2013.

Baarsma e.a. 2003

B. Baarsma, F. Felsö, S. van Geffen, J. Mulder, A. Oostdijk, *Zelf doen? Inventarisatiestudie van zelfreguleringsinstrumenten*, Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Economische zaken, Amsterdam: SEO 2003.

Bakels 1996

F.B. Bakels, 'Vloeiend verbintenissenrecht', *RM THEMIS* 1996, p. 42-56.

Barabási 2002

A.L. Barabási, *Linked. The New Science of Networks*, Cambridge: Perseus Publishing 2002.

Baum e.a. 2003

J.A.C. Baum, A.V. Shipilov, T.J. Rowley, 'Where do small worlds come from?', *Industrial and Corporate Change* 2003, p. 697-725.

Bauw 2015

E. Bauw, *Onrechtmatige daad: aansprakelijkheid voor zaken*, Monografieën Nieuw BW, Deventer: Kluwer 2015.

Van den Berg 2007 e.a.

M. van den Berg, V. Grootegoed, C. Zegveld, 'Passende patiëntenrechten: een zoektocht op de zorgmarkt', *NJB* 2007, p. 1621-1626.

Van Bochove 2013

L. van Bochove, *Betrokkenheid van derden bij contractbreuk* (diss. Rotterdam), Wolf Legal Publishers, Oisterwijk 2013.

Boonekamp 1990

R.J.B. Boonekamp, *Onrechtmatige daad in groepsverband volgens NBW* (diss. Leiden), Deventer: Kluwer 1990.

Boot 2010

J.M.D. Boot, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Assen: Van Gorcum 2010.

Borgatti & Foster 2003

S.P. Borgatti, P.C. Foster, 'The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology', *Journal of Management* 2003 p. 991-1013.

Borgatti e.a. 2009

S.P. Borgatti, A. Mehra, D.J. Brass, G. Labinaca, 'Network Analysis in the Social Sciences', (Review) *Science* 2009, p. 892-895.

Bouwhuis & De Jong 2015

S. Bouwhuis, D. de Jong, *Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars. De resultaten van een enquête over de contractering voor 2015*, Utrecht: NIVEL 2015.

De Brauw 1982

P.J.W. de Brauw, *Beschouwingen over de samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten*, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 1982, Utrecht 1982.

Bruggeman 2008

J. Bruggeman, *Social Networks. An Introduction*, London/New York: Routledge 2008.

De Bruijne e.a. 2007

M.C. de Bruijne e.a., *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopname in 2004*, Utrecht/Amsterdam: EMGO Instituut en NIVEL 2007.

Burt 1995

R.S. Burt, *Structural Holes. The Social Structure of Competition*, Cambridge: Harvard University Press 1995.

Buxbaum 1993

R.M. Buxbaum, 'Is "Network" a Legal Concept?', *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 1993, p. 698-704.

Cafaggi 2008

F. Cafaggi, 'Contractual Networks and the Small Business Act: Towards European Principles?', *European Review of Contract Law*, p. 493-537.

Coleman 1988

J.S. Coleman, 'Social Capital in the Creation of Human Capital', *The American Journal of Sociology* 1988, p.95-120.

Van Dongen 2016

S. van Dongen, *Groepen van contracten* (diss. Nijmegen), Deventer: Kluwer 2016.

Van Dongen 2017

S. van Dongen, 'Overeenkomst en derden na 25 jaar nieuw BW', *WPNR* 2017, p. 61-67.

Donkers e.a. 2008

E.C.M.M. Donkers, A. Bras, E.C.M. van Dingenen, 'Ketens met karakter. Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens', *Medisch Contact* 2008, p. 822-824.

Van Doorn & Van Gulijk 2013

C.J.M. van Doorn, S. van Gulijk, 'Het criterium 'werkzaamheden ter uitoefening van diens bedrijf' in art. 6:171 BW: zes gezichtspunten uit de lagere rechtspraak', *WPNR* 2013, p. 375-383.

Van Driel 1989

M. van Driel, *Zelfregulering. Hoog opspelen of thuisblijven*, Deventer: Kluwer 1989.

Drion 2010

C. Drion, 'De onstuitbare opmars van de derde in ons recht', *NJB* 2010, 644 afl. 13, p. 777.

Van Duivenboden e.a. 2000

H. van Duivenboden, M. van Twist, M. Veldhuizen, R. in 't Veld (red.), *Ketenmanagement in de publieke sector*, Utrecht: Lemma 2000.

Van Emden & De Haan 2014

E.A.L. van Emden, M. de Haan, *Beroepsaansprakelijkheid*, Deventer: Kluwer 2014.

Dute e.a. 2000

J.C.J. Dute, R.D. Friele, J.K.M. Gevers, J.H. Hubben, J. Legemaate, H.D.C. Roscam Abbing, B. Sluijters, G.A.M. Widdershoven, F.C.B. van Wijmen, *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*, Den Haag: ZonMw 2000.

Enschedé 1984

Ch.J. Enschedé, *Over de meervoudigheid van maatschappelijke normstelsels. Enkele rechtstheoretische opmerkingen*, Amsterdam/Oxford/New York: Noord-Hollandsche Uitgevers Mij. 1984.

Ernes 2001

A.L.H. Ernes, 'Identiteit van de wederpartij. Enkele rechtsvergelijkende opmerkingen naar aanleiding van HR 13 juli 2001, NJ 2001, 497 (Hardstaal/Bovry)', *WPNR* 2001, p. 1037-1041.

Ernes & Lamers 2012 (a)

A.L.H. Ernes, A.H. Lamers, 'Groepscontracten als antwoord op de economische verdichting van de samenleving', *WPNR* 2012, p. 451-458.

Ernes & Lamers 2012 (b)

A.L.H. Ernes, A.H. Lamers, 'De begrippen overeenkomst, partij en derde in het civiele recht', *AA* 2012, p. 26-33.

Everett e.a. 2005

M.G. Everett, S.P. Borgatti, 'Extending Centrality', in: P.J. Carrington, J. Scott, S. Wasserman (red.), *Models and Methods in Social Network Analysis*, New York: Cambridge University Press 2005, p. 57-76.

Freeman 2004

L.C. Freeman, *The Development of Social Network Analysis. A Study in the Sociology of Science*, Vancouver: Empirical Press 2004.

Gans 2011

M.R. Gans, 'Begrenzing van kwalitatieve aansprakelijkheid: de grenzen voorbij?', in: F.T. Oldenhuis, H. Vorsselman (red.), *Begrenzing van kwalitatieve aansprakelijkheid; de grenzen voorbij?*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 85-92.

Gevers 2009

J.K.M. Gevers, 'Wetgeving inzake de positie van de cliënt in de zorg: op koers of op drift?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2009, p. 70-78.

Giard 2005

R.W.M. Giard, *Aansprakelijkheid van artsen. Juridische theorie en medische praktijk*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005.

Giesen 1999

I. Giesen, *Bewijslastverdeling bij beroepsaansprakelijkheid*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink 1999.

Giesen 2003

I. Giesen, 'Medische aansprakelijkheid in Nederland: een stand van zaken ten aanzien van de bewijslastverdeling', in: W.R. Kastelein (red.), *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Koninklijke Vermande 2003, p. 11-25.

Giesen 2007

I. Giesen, 'Alternatieve regelgeving in privaatrechtelijke verhoudingen', in: *Alternatieve regelgeving* (Handelingen Nederlandse Juristen-Vereniging 2007-1), Deventer: Kluwer 2007, p. 67-168.

Giesen 2008

I. Giesen, 'De omgang met en de handhaving van, 'meervoudigheid van maatschappelijke normstelsels': een analyse van recente rechtsspraak', *WPNR* 2008, p. 785-792.

Goslings 2009

C. Goslings, *Traumatologie: logisch na trauma* (oratie), Amsterdam: Vossiuspers 2009.

Granovetter 1973

M.S. Granovetter, 'The Strength of Weak Ties', *American Journal of Sociology* 1973, p. 1360-1380.

Granovetter 1985

M. Granovetter, 'Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness', *The American Journal of Sociology* 1985, p. 481-510.

De Groot 2006

G.R.J. de Groot, 'Standaarden, richtlijnen en protocollen in de gezondheidszorg. Een juridisch schemergebied', in: *Variatie in cassatie*, Deventer: Kluwer 2006, p. 107-115.

Gulati 1998

R. Gulati, 'Alliances and Networks', *Strategic Management Journal* 1998, p. 293-317.

Van Gulijk 2014

S. van Gulijk, 'De rol van het privaatrecht-contact in plaats van contract', in: S. van Gulijk en A.R. Neerhof, *Constructieve veiligheid: een onderzoek naar communicatie en borging in bouwprocessen. Voorkomen is beter dan genezen* (VBR Preadvies), Den Haag: IBR 2014, p. 9-107.

Van Gulijk 2015

S. van Gulijk, 'Derdenwerking van exoneratiebedingen: een analyse van recente rechtspraak en enige opmerkingen over de ontwikkeling van dit leerstuk vanuit het bouwcontractenrecht', *WPNR* 2015, p. 320-326.

Hamers & Van Vliet 2012

J.J.A. Hamers, L.P.W. van Vliet, *Inleiding personenvennootschappen*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2012.

Handreiking 2010

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG in samenspraak met andere beroeps- en brancheorganisaties, Utrecht 2010.

Hartlief 1997

T. Hartlief, *Ieder draagt zijn eigen schade. Enige opmerkingen over de fundamenteën van en ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht*, Deventer: Kluwer 1997.

Hartlief 2007

T. Hartlief, 'Alternatieve regelgeving in privaatrechtelijke verhoudingen. Opmerkingen bij het preadvies van prof.mr. I. Giesen', *NJB* 2007, p. 1109.

Hartlief 2009

T. Hartlief, 'Medische aansprakelijkheid. Een inleiding', in: T. Hartlief, W.R. Kastelein (red.), *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu uitgevers 2009, p. 1-38.

Hartlief 2011

T. Hartlief, 'Wat is de norm in het medisch aansprakelijkheidsrecht?', *AA* 2011, p. 504-511.

Van Heesen-Laclé & Meuwese 2007

Z.D. van Heesen-Laclé, A.C.M. Meuwese, 'The legal framework for self-regulation in the Netherlands', *Utrecht Law Review* 2007, p. 116-138.

Hendriks 2005

A.C. Hendriks, *In beginsel, de gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept* (oratie Leiden), Leiden: Universiteit Leiden 2005.

Hoekzema 2000

J.W. Hoekzema, *Kwalitatieve aansprakelijkheid voor ondergeschikten en aansprakelijkheid voor eigen onrechtmatige daad* (diss. Groningen), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2000.

Hoeymans e.a. 2014

N. Hoeymans, A.J.M. van Loon, M. van den Berg, M.M. Harbers, H.B.M. Hilderink, J.A.M. van Oers, C.G. Schoemaker (red.), *Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, Bilthoven: RIVM 2014.

Ten Hoopen 2007

M.M. ten Hoopen, 'Medisch-specialistische samenwerking en aansprakelijkheid: In het bijzonder bij operatieve behandeling van patiënten', *NJB*, 2007, p. 1595.

Hopman e.a. 2009

E.P.C. Hopman, R.S. Batenburg, D.H. de Bakker, *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn-een verkenning*, Utrecht: NIVEL 2009.

Huizink 2011

J.B. Huizink, *Contractuele samenwerkingsvormen in beroep en bedrijf*, Deventer: Kluwer 2011.

Huls 1998

E.H. Huls, 'Patiëntenrechten en transmurale zorg: wie is verantwoordelijk jegens de patiënt?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, p. 485-500.

IGZ 2000

IGZ, *Jaarrapportage 2000*, Den Haag: IGZ 2000.

IGZ 2016

IGZ, *Veilig voorschrijven moet beter. Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid*, IGZ 2016.

Jones e.a. 1997

C. Jones, W.S. Hesterly, S.P. Borgatti, 'A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms', *The Academy of Management* 1997, p. 911-945.

De Jong 2008

G.T. de Jong, 'Het belang van het begrip 'bedrijfseenheid' in verband met de contractuele aansprakelijkheid voor hulppersonen', *WPNR* 2008, p. 137-145.

Jongeneel 2017

R.H.C. Jongeneel, 'Reflexwerking', in: B. Wessels & R.H.C. Jongeneel (red.), *Algemene voorwaarden*, Deventer: Wolters Kluwer 2017, p. 457-464.

De Jong-van Til 2012 e.a.

J.T. de Jong-van Til, L.C. Lemmens, C.A. Baan, J.N. Struijs, *De organisatie van zorggroepen anno 2011. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*, Bilthoven: RIVM 2012.

Kalkman-Bogerd & Paping-Kool 2017

L.E. Kalkman-Bogerd, W. Paping-Kool, 'Klachtrecht en aansprakelijkheid', in: D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd (red.), *Leerboek gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2017, p. 249-307.

Kastelein 2003 (a)

W.R. Kastelein, 'Protocolen en richtlijnen: de juridische opmars van het recht van 'binnen' in het medische aansprakelijkheidsrecht', in: W.R. Kastelein (red.), *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Koninklijke Vermande 2003, p. 83-101.

Kastelein 2003 (b)

W.R. Kastelein, 'Aansprakelijkheid voor fouten van ziekenhuispersoneel', in: C.J.M. Klaassen, R.J.N. Schlössels, G. van Solinge, L. Timmerman, *Aansprakelijkheid in beroep, bedrijf of ambt*, Deventer: Kluwer 2003, p. 49-60.

Kastelein 2009

W.R. Kastelein, 'De relatie tussen civiele medische aansprakelijkheid en tuchtrechtelijke medische aansprakelijkheid, huidige en toekomstige ontwikkelingen', in: T. Hartlief, W.R. Kastelein (red.) *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu uitgevers 2009, p. 39-66.

Kastelein 2012

W.R. Kastelein, 'Verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2012, p. 379.

Kenens e.a. 2006

R.J. Kenens, H. Hofhuis, L. Hingstman, *Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning*, Utrecht: NIVEL 2006.

Kenis & Provan 2008

P. Kenis, K. Provan, 'Het netwerk governance perspectief', in: Y. Wentink (red.), *Business Performance Management. Sturen op presentatie en resultaat*, Amsterdam: Boom Academic 2008, p. 296-312.

Kijkje in de keuken van de ROS 2011

'Kijkje in de keuken van de ROS. ROS-netwerk presenteert benchmark, brochure en factsheet', *De Eerstelijns*, 2011-4, p. 38-40.

Kilduff & Tsai 2005

M. Kilduff, W. Tsai, *Social Networks and Organizations*, London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications 2005.

Kilduff & Brass 2010

M. Kilduff, D.J. Brass, 'Organizational Social Network Research. Core Ideas and Key Debates', *Academy of Management Annals* 2010, p. 317-357.

Klaassen 1991

C.J.M. Klaassen, *Risico-aansprakelijkheid. De afdelingen 6.3.2 en 6.3.3 NBW, alsmede art. 31 Wegenverkeerswet* (diss. Nijmegen), Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink 1991.

Knoke & Kuklinski 1998

D. Knoke, J.H. Kuklinski, 'Networks analysis: basic concepts', in: G. Thompson, J. Frances, R. Levačić, J. Mitchell (red.), *Markets, Hierarchies & Networks. The Coordination of Social Life*, London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications 1998, p. 173-182.

Kohn e.a. 2003

L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson (red.), *To Err is Human, Building a Safer Health System*, Washington, DC: National Academy Press 2003.

Kolder & Oldenhuis 2017

A. Kolder, F.T. Oldenhuis, '25 jaar risicoaansprakelijkheid voor personen en zaken (1992-2017)', *WPNR* 2017, p. 46-52.

Konings

J. Konings, *Samenwerking in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners*, in opdracht van LOVE, z.p., z.j..

Koopmans 1982 (1991)

T. Koopmans, 'Juridische dialectiek', in: T. Koopmans, *Juridisch Stippelwerk*, Deventer: Kluwer 1991, p. 77-95.

Kottenhagen 1995

R.J.P. Kottenhagen, 'Contractuele of delictuele aansprakelijkheid', *NTBR* 1995, p. 135-141.

Krackhardt 1992

D. Krackhardt, 'The Strength of Strong Ties: The Importance of Philos in Organizations', in: N. Nohria & R.G. Eccles (red.), *Networks and organizations*, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press 1992, p. 216-239.

Kramer 2014

A.E. Kramer, *Resilient Networks in Healthcare: Effects of Structural and Cognitive Embeddedness on Network Commitment* (diss. Tilburg), Tilburg: CentER 2014.

Kristic 2009

A. Kristic, F.A. van Tilburg, P.W.J. Verbruggen, 'Private normstelling: criteria voor toepassing van private regelgeving in de rechtszaal', *RegelMaat* 2009, p. 199-213.

Van Laarhoven 2004

M.J. van Laarhoven, 'Over derdenwerking van overeenkomsten en samenhangende rechtsverhoudingen. Enkele beschouwingen n.a.v. HR 24 september 2004 RvdW 2004, 108 (Vleesmeesters-Alog)', *NTBR* 2005, p. 48-9.

Van Laarhoven 2006

M.J. van Laarhoven, *Samenhang in rechtsverhoudingen* (diss. Tilburg), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

Lamers 2011

A.H. Lamers, *Contracteren door intermediairs in de muziekindustrie* (diss. Heerlen), Deventer: Kluwer 2011.

Langelaan e.a. 2010

M. Langelaan, R.J. Baines, M.A. Broekens, K.M. Siemerink, L. van de Steeg, H. Asscheman, M.C. de Bruijne, C. Wagner, *Monitor Zorggerelateerde Schade 2008. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*, Utrecht: NIVEL 2010.

Langelaan e.a. 2013

M. Langelaan, M.C. de Bruijne, R.J. Baines, M.A. Broekens, K. Hammink, J. Schilp, L. Verweij, H. Asscheman, C. Wagner, *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*, Utrecht: NIVEL 2013.

Langelaan e.a. 2017

M. Langelaan, M.A. Broekens, M.C. de Bruijne, J.F. de Groot, M.J. Moesker, P.J. Porte, B. Schutijser, R. Singotani, M. Smits, L. Zwaan, H. Asscheman, C. Wagner, *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*, Utrecht: NIVEL 2017.

Laumann e.a. 1992

E.O. Laumann, P.V. Marsden, D. Prensky, 'The Boundary Specification Problem in Network Analysis', in: L.C. Freeman, D.R. White, A. Kimball Romney (red.), *Research Methods in Social Network Analysis*, New Brunswick/London: Transaction Publishers 1992, p. 61-87.

Leenen 1983

H.J.J. Leenen, 'Een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1983, p. 256.

Leenen 2000

H.J.J. Leenen, *Met het oog op gezondheid en recht*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum 2000.

Leenen e.a. 2008

H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute, W.R. Kastelein, *Handboek Gezondheidsrecht. Deel II Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008.

Leenen e.a. 2017

H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers, J. Legemaate, G.R.J. de Groot, M.E. Gelpke, E.J.C. de Jong, *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2017.

Legemaate 1994

J. Legemaate, *Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening* (Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 22 april 1994), Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht 1994.

Legemaate 1996

J. Legemaate, 'De juridische betekenis van gedragsregels, vakliteratuur en richtlijnen', *Medisch Contact* 1996, p. 786-788.

Legemaate 1997

J. Legemaate, *Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink 1997.

Legemaate 2006

J. Legemaate, *Patiëntenrechten in wetgeving en rechtsspraak. Achtergrondstudie voor de Staat van de Gezondheidszorg 2006*, Den Haag: IGZ 2006.

Legemaate 2016

J. Legemaate, 'De Wkkgz over kwaliteit van zorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016, p. 53-61.

Leusink & Talboom-Kamp 2009

G.L. Leusink, E.P.W.A. Talboom-Kamp, *Zorggroepen in toekomstperspectief*, Amersfoort: SAN Centra voor Medische Diagnostiek 2009.

Lindahl 2006

H.K. Lindahl, 'Zelfregulering: rechtsvorming, democratie en reflexieve identiteit', *RM Themis* 2006, p. 39-48.

Lindenbergh 2008

S.D. Lindenbergh, 'Olie op het vuur', *AA* 2008, p. 358-361.

Linssen 1995

J.G.A. Linssen, 'Samenhangende rechtsverhoudingen in het contractenrecht', *NJB* 1995, p. 1265-1274.

De Lint 2017

M. de Lint, *Juridische mogelijkheden voor het versterken van (zelf)regie bij samenloop van problemen. Achtergrondstudie bij het heft in eigen hand*, Den Haag: RVS 2017.

LNAZ 2016

Landelijke Traumaregistratie 2011-2015. Rapportage Nederland, LNAZ november 2016.

Loos 2014

M.B.M. Loos, *Consumentenkoop*, Monografieën Nieuw BW, Deventer: Kluwer 2014.

Lubach 2005

R.D. Lubach, *Aansprakelijkheid voor zelfstandige hulppersonen. Over de achtergrond, reikwijdte en toepassing van art. 6:171 BW* (diss. Groningen), Deventer: Kluwer, 2005.

Marsden 1990

P.V. Marsden, 'Network Data and Measurement', *Annual Review of Sociology* 1990, p. 435-463.

Meijboom e.a. 1998

B. Meijboom, H. Fleuren, W. van Geffen, 'Transparantie in de Zorgketen', *ZM Magazine* 1998, nr. 1, p. 2-6.

Meijboom 2016

B. Meijboom, 'Overdracht in de zorgketen: schakels beter verbinden' (oratie Tilburg), Tilburg: Tilburg University 2016.

Meijer 1998 (a)

F.W.J. Meijer, 'Samenhangende rechtsverhoudingen in ontwikkeling (I). N.a.v. HR 23 januari 1998 *RvdW* 1998, 30 (Jans/FCN)', *WPNR* 1998, p. 617-621.

Meijer 1998 (b)

F.W.J. Meijer, 'Samenhangende rechtsverhoudingen in ontwikkeling (II slot). N.a.v. HR 23 januari 1998 *RvdW* 1998, 30 (Jans/FCN)', *WPNR* 1998, p. 631-635.

Menting & Vranken 2013

M. Menting, J.B.M. Vranken, 'Gedragscodes in een meergelaagd privaatrecht in Europa en Nederland', in: M. Menting, J.B.M. Vranken, M.W. Scheltema, *Gedragscodes in internationaal, Europees en privaatrechtelijk perspectief. Juridische betekenis, effectiviteit en handhaving*, (Preadviezen 2013, uitgebracht voor de Vereniging voor Burgerlijk Recht), Zutphen: Uitgeverij Paris 2014.

Menting 2016

M. Menting, *Industry Codes of Conduct in a Multi-Layered Dutch Private Law* (diss. Tilburg), Tilburg: PrismaPrint 2016.

Michiels van Kessenich-Hoogendam 1995

I.P. Michiels van Kessenich-Hoogendam, *Beroepsfouten*, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink 1995.

Milgram 1967

S. Milgram, 'The Small World Problem', *Psychology Today* 1967, vol. 1, no.1, p. 61-67.

Mohr/Meijers 2013

V. Meijers, *Mr. A.L. Mohr. Van personenvennootschappen*, Deventer: Kluwer 2013.

Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken 2011

Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken. Eerste rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging 2011.

Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken 2012

Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken. Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging 2012.

Mooibroek 2015

M. Mooibroek, 'De 'redelijk handelend en redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar' in het tuchtrecht', *NJB* 2015, p. 16-20.

Newman e.a. 2006

M. Newman, A.L. Barabási, D.J. Watts (red.), *The Structure and Dynamics of Networks*, New Jersey/Woodstock: Princeton University Press 2006.

Nijland 2015

J. Nijland, 'De maatschap als meerpartijenovereenkomst. De aansprakelijkheid van de individuele maat nader beschouwd', in: C.G. Breedveld-de Voogd e.a. (red.) *De meerpartijenovereenkomst*, Deventer: Wolters Kluwer 2015, p. 127-159.

NZa & NMa 2010

Richtsnoeren Zorggroepen, Nederlandse Zorgautoriteit en Nederlandse Mededingingsautoriteit 2010.

Oerlemans 2007

L. Oerlemans, *Netwerken en innovatie: Een perfecte match?* (oratie Tilburg) Tilburg: Universiteitsdrukkerij 2007.

Oerlemans & Kenis 2007

L.A.G. Oerlemans, P. Kenis, 'Netwerken en innovatieve prestaties', *M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie* 2007, nummer 3/4 mei/augustus, p. 36-54.

Oh e.a. 2004

H. Oh e.a., 'Group Social Capital and Group Effectiveness: The Role of Informal Socializing Ties', *Academy of Management*, p. 860-875.

Oldenhuis 2014

F.T. Oldenhuis, *Onrechtmatige daad: aansprakelijkheid voor personen*, Monografieën Nieuw BW, Deventer: Kluwer 2014.

O'Toole, Jr. 1997

L.J. O'Toole, Jr., 'Treating Networks Seriously; Practical and Research-Based Agenda's in Public Administration', *Public Administration Review*, January/February 1997, Vol. 57, No. 1, p. 45-52.

Peeters e.a. 2011

J.M. Peeters, A.L. Francke, A.M. Pot, *Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland. Vastlegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders*, Utrecht: NIVEL 2011.

Pellé 2007

S. Pellé, *La notion d'interdépendance contractuelle. Contribution à l'étude des ensembles de contrats* (diss. Paris II), Parijs: Dalloz 2007.

Du Perron 1996

C.E. du Perron, *Aansprakelijkheid in groepen van contracten. Derdewerking van overeenkomsten: een Franse les over de contractueel betrokken derde?*, Deventer: Kluwer 1996.

Du Perron 1999

C.E. du Perron, *Overeenkomst en derden. Een analyse van de relativiteit van de contractswerking* (diss. Amsterdam UvA), Den Haag: Kluwer Rechtswetenschappelijke Publicaties 1999.

Plomp 2015

E. Plomp, 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar en kwaliteitsstatuut in de GGZ', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2015, p. 512-528.

Polak 1986

J.M. Polak, 'Aanwijzingen voor zelfregulering' in: J.G. Steenbeek, M.C. Burkens, J.B.J.M. ten Berge (red.) *Bestuur en Norm*, Deventer: Kluwer 1986, p. 213-222.

Portes 2000

A. Portes, 'The Two Meanings of Social Capital', *Sociological Forum*, Vol. 15, No. 1, p. 1-12.

Powell 1990

W.W. Powell, 'Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organizations', *Research in Organizational Behavior* 1990, p. 295-336.

Provan e.a. 2007

K.G. Provan, A. Fish, J. Sydow, 'Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks', *Journal of Management* 2007, p. 479-516.

Provan & Kenis 2008

K.G. Provan, P. Kenis, 'Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness', *Journal of Public Administration Research and Theory* 2008, p. 229-252.

Provan & Milward 1995

K.G. Provan, H.B. Milward, 'A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems', *Administrative Science Quarterly* 1995, 40(1), 1-33.

Rank-Berenschot 1995

E.B. Rank-Berenschot, 'Een nieuwe maatvoering in het goederenrecht', *NJB* 1995, 783-793.

Reehuis & Slob 1990

W.H.M. Reehuis, E.E. Slob (red.) *Parlementaire Geschiedenis van het Nieuwe Burgerlijk Wetboek. Invoering boeken 3.5. en 6, boek 6, algemeen gedeelte van het verbintenissenrecht*, Deventer: Kluwer 1990, p. 1355.

Van Reijssen 1999

Van Reijssen, *Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht* (diss. Nijmegen), Lelystad: Vermande 1999.

De Ridder 2009

M.J.J. de Ridder, 'Bewijslastverdeling in het medische aansprakelijkheidsrecht', in: T. Hartlief, W.R. Kastelein (red.) *Medische aansprakelijkheid*, Den Haag: Sdu uitgevers 2009, p. 67-93.

Rohe 1998

M. Rohe, *Netzverträge, Rechtsprobleme komplexer Vertragsverbindungen*, Tübingen: Mohr Siebeck 1998.

RVS 2017

Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen, Den Haag: RVS 2017.

RVZ 2003

Acute zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer: RVZ 2003.

RVZ 2008

Schaal en zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: RVZ 2008.

Samoy & Loos 2012

I. Samoy, M.B.M. Loos (red.) *Linked Contracts*, Cambridge/Antwerpen/Portland: Intersentia 2012.

Van Schilfgaarde 2000 (a)

P. van Schilfgaarde, 'Feiten en Rechtsoordelen (I)', *WPNR* 2000, p. 227-231.

Van Schilfgaarde 2000 (b)

P. van Schilfgaarde, 'Feiten en Rechtsoordelen (II)', *WPNR* 2000, p. 243-249.

Van Schilfgaarde 2006

P. van Schilfgaarde, 'Accidituïtie in rechtsvinding', *WPNR* 2006, p. 1-11.

Schut 1963

G.H.A. Schut, *Rechtelijke verantwoordelijkheid en wettelijke aansprakelijkheid* (diss. Amsterdam VU), Zwolle: Tjeenk Willink 1963.

Scott 2000

J. Scott, *Social Network Analysis. A handbook*, London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications 2000.

Scott e.a. 2005

J. Scott, A. Tallia, J.C. Crosson, A.J. Orzano, C. Stroebel, B. DiCicco-Bloom, D. O'Malley, E. Shaw, B. Crabtree, 'Social Network Analysis as an Analytic Tool for Interaction Patterns in Primary Care Practices', *Annals of Family Medicine* 2005, p. 443-448.

Sieburgh 2015

C.H. Sieburgh, 'Nul, één, drie, veel. De gevalsgebonden benadering van samenhangende rechtsverhoudingen', *WPNR* 2015/7045, p. 16-26.

Siemerink e.a. 2013

K.M. Siemerink, L.M. Verweij, C. de Blok, C. Wagner, *Zorgen voor veilige toepassing van Medische Technologie. Verkennende interviews in vijf Nederlandse ziekenhuizen*, Utrecht: NIVEL 2013.

Simmel 1950

G. Simmel, *The Sociology of Georg Simmel*, Glencoe: The Free Press 1950 (vertaald uit het Duits door K.H. Wolff).

Sluijters & Biesart 2005

B. Sluijters, M.C.I.H. Biesart, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*, Deventer: Kluwer 2005.

Sluijters 2006

B. Sluijters, 'Beter beschermd? Advies over een Zorgconsumentenwet, achtergrondstudie', in: *De patiënt beter aan zet in een Zorgconsumentenwet. Advies en achtergrondstudies*, Den Haag: RVZ, 2006.

Sluyters 1974

B. Sluyters, *Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland en De relatie ziekenfonds-arts-patiënt*, Deventer: Kluwer 1974.

Sluyters 1984

B. Sluyters, *De aansprakelijkheid van arts en ziekenhuis* (Preadviezen uitgebracht voor de Nederlandse Vereniging voor Rechtsvergelijking, no. 34), Deventer: Kluwer 1984.

Snijders 2015

H. Snijders, 'Bewijsvermoedens nader beschouwd', *NJB* 2015/1902.

Spreeuwenberg & Pop 2000

C. Spreeuwenberg, P. Pop, 'Transmurale zorg', in: C. Spreeuwenberg, P. Pop, D.H.M.I. Beusmans, R.A.G. Winkens, H. van Zutphen (red.), *Handboek transmurale zorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2000.

Stokkermans 2015

M. Stokkermans, 'Ontwikkelingen in het personenvennootschapsrecht', *WPNR* 2015, p. 185-199.

Stokkermans 2017

C.M. Stokkermans, *Sleutels voor personenvennootschapsrecht* (diss. Rotterdam), Deventer: Wolters Kluwer 2017.

Struijs e.a. 2009

J.N. Struijs, J.T. van Til, C.A. Baan, *Experimenteren met de keten-dbc diabetes, De eerste zichtbare effecten*, Bilthoven: RIVM 2009.

Sturms & Verheul 2013

L. Sturms, R. Verheul, LNAZ (red.), *Onderzoeksrapport, Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg*, NIVEL, ARGO, LNAZ, Soest: ESED 2013.

Tempelaar & Zelders 1994

A.F. Tempelaar, m.m.v. Th. Zelders, 'De epidemiologie van de medische fout', in: J.J.E. van Everdingen (red.), *Smetten op de witte jas*, Overeem/Amsterdam: Belvédère Boom 1994, p. 34-44.

Teuben 2013

K. Teuben, 'Persoonlijke aansprakelijkheid leden advocatenmaatschap bij beroepsfout', *Cassatieblog.nl* (geraadpleegd 6 oktober 2017).

Teubner 2004

G. Teubner, *Netzwerk als Vertragsverbund. Virtuelle Unternehmen, Franchising, Just-in-time in sozialwissenschaftlicher und juristischer Sicht*, Baden-Baden: Nomos 2004.

Teubner 2011

G. Teubner, *Networks as Connected Contracts (Edited with an Introduction by H. Collins)*, Oxford/Portland: Hart Publishing 2011.

Teyssié 1975

B. Teyssié, *Les Groupes de Contrats* (diss. Montpellier), Parijs: Pichon & Durand-Auzias 1975.

Thompson e.a. 1998

G. Thompson, J. Frances, R. Levačić, J. Mitchell (red.), *Markets, Hierarchies & Networks. The Coordination of Social Life*, London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications 1998.

Van Til e.a. 2010

J.T. van Til, J.E. de Wildt, J.N. Struijs, *De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*, Bilthoven: RIVM 2010.

Van Tilburg 2012

F.A. van Tilburg, *Effecten van civielrechtelijke aansprakelijkheid op openbare-ordebeleid. Empirisch onderzoek naar de invloed van civielrechtelijke aansprakelijkheid op het beleid van de burgemeester en politie als handhavers van de openbare orde, serie recht en praktijk* (diss. Tilburg), Deventer: Kluwer 2012.

Tjittes 1995

R.-J. Tjittes, 'Centralisering van aansprakelijkheden', *NJB* 1995, p. 274-282.

Tjon-En-Fa 2007

E.M. Tjon-En-Fa, 'Het functioneel verband van art. 6:170 BW wordt losjes aangelegd, HR 9 november, LJN BA 7557 (Groot Kievietsdal)', *Maandblad voor Vermogensrecht* 2007, p. 257-261.

Tjong Tjin Tai e.a. 2009

T.F.E. Tjong Tjin Tai, C.J.M. van Doorn, C.B.M.C. Zegveld & M.J. van Laarhoven, 'Een juridisch beoordelingskader voor samenwerking', *NTBR* 2009, p. 238-247.

Tjong Tjin Tai & Zegveld 2010

T.F.E. Tjong Tjin Tai, C.B.M.C. Zegveld, 'Civil liability of chains and networks in health care', *Journal of Chain and Network Science* 2010, p. 115-120.

Tjong Tjin Tai 2011 (a)

T.F.E. Tjong Tjin Tai, "'The centre cannot hold": aansprakelijkheid voor moderne collectieven', *NTBR* 2011, p. 129-131.

Tjong Tjin Tai 2011 (b)

T.F.E. Tjong Tjin Tai, *Over de grenzen van het privaatrecht* (oratie Tilburg), Tilburg: Tilburg University 2011.

Tjong Tjin Tai 2015

T.F.E. Tjong Tjin Tai, 'Samenhang als rechtswetenschappelijk begrip', *TPR* 2015, p. 499-514.

Tjong Tjin Tai & Boesten 2016

E. Tjong Tjin Tai, S. Boesten, 'Aansprakelijkheid, zelfrijdende auto's en andere zelfbesturende objecten', *NJB* 2016, p. 656-664.

Travers & Milgram 1969

J. Travers, S. Milgram, 'An Experimental Study of the Small World Problem', *Sociometry*, p. 425-443.

Tsai & Ghoshal 1998

W. Tsai, S. Ghoshal, 'Social Capital and Value Creation: The Role of Intrafirm Networks', *Academy of Management Journal* 1998, p. 464-476.

Uhlenbroek & Mooibroek 2013

H. Uhlenbroek, M.F. Mooibroek, 'De betekenis van een tuchtrechtelijk oordeel voor de beroepsaansprakelijkheid overschat?', *AV&S* 2013, 24.

Ursum e.a. 2011

J. Ursum, M. Rijken, M. Heijmans, M. Cardol, F. Schellevis, *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*, Overzichtstudies, Utrecht: NIVEL 2011.

Valk 1995

W.L. Valk, 'De eenheid van ons verbintenissenrecht', *NJB* 1995, p. 1084-1405.

Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008

E.B. van Veen, E.T.M. Olsthoorn-Heim, *De WGBO: de betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Verheij 2003

A.J. Verheij, 'Ongelukkige samenloop van omstandigheden: aansprakelijkheid voor letselschade bij vriendendienst', *AV&S* 2003, 187.

Vermaas e.a. 2014

A.M. Vermaas, A.J. Verbout, A.M. Franse, 'Het hoofdbehandelaarschap *revisited*: van normen naar concrete invulling', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2014, p. 4-12.

Visser 2011

J. Visser, 'Voor patiënt is huisarts nog steeds de spil. Arno Timmermans: 'NIPO-onderzoek prikt mythes door'', *Medisch Contact* 2011, p. 2908-2909.

Vranken 1988

J.B.M. Vranken, 'De verhandelingsrechtelijking van het privaatrecht. Over differentiatie en schaalvergroting', in: M.J.G.C. Raaijmakers, H.C.F. Schoordijk, B. Wachter (red.), *Handelsrecht tussen 'koophandel' en Nieuw BW*, Deventer: Kluwer 1988, p. 245-258.

Vranken 1995 (a)

J.B.M. Vranken, 'Schaalvergroting in het vermogensrecht. Ter introductie van een serie artikelen', *NJB* 1995.

Vranken 1995 (b)

J.B.M. Vranken, 'Schaalvergroting in het vermogensrecht. Een slotbeschouwing', *NJB* 1995, p. 1400-1405.

Vranken 1997 (a)

J.B.M. Vranken, 'De derde in het overeenkomstenrecht', *WPNR* 1997, p. 715-719.

Vranken 1997 (b)

J.B.M. Vranken, 'De derde in het overeenkomstenrecht', *WPNR* 1997, p. 735-739.

Vranken 2000

J.B.M. Vranken, 'Over partijautonomie, contractsvrijheid en de grondslag van gebondenheid in het verbintenissenrecht', in: J.M. Barendrecht, M.A.B. Chao-Duivis, H.A.W. Vermeulen (red.), *Beginnelsen van contractenrecht*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink 2000, p. 145-155.

Vranken 2002

J.B.M. Vranken, 'Overeenkomst en derden na tien jaar nieuw BW: een kritische evaluatie', *WPNR* 2002, p. 39-47.

Vrijhoef & Steuten 2005 (a)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management (1)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2005, p. 305-306.

Vrijhoef & Steuten 2005 (b)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: managed care (2)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2005, p. 384-385.

Vrijhoef & Steuten 2005 (c)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: case management (3)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2005, p. 446-447.

Vrijhoef & Steuten 2005 (d)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: integrated care (4)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2005, p. 513-514.

Vrijhoef & Steuten 2006 (a)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: stepped care (5)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006, p. 55-56.

Vrijhoef & Steuten 2006 (b)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: transmurale zorg (6)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006, p. 120-121.

Vrijhoef & Steuten 2006 (c)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: ketenzorg (7)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006, p. 181-182.

Vrijhoef & Steuten 2006 (d)

H.J.M. Vrijhoef, L.M.G. Steuten, 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: afrondend overzicht (8)', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006, p. 246-247.

Wagner e.a. 2008

C. Wagner, M. Smits, I. van Wagendonk, L. Zwann, S. Lubberding, H. Merten, D.R.M. Timmermans, *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen*, Utrecht/Amsterdam: EMGO Instituut en NIVEL 2008.

Wasserman & Faust 1994

S. Wasserman, K. Faust, *Social Network Analysis. Methods and Applications*, Cambridge: Cambridge University Press 1994.

Watts & Strogatz 1998

D.J. Watts, S.H. Strogatz, 'Collective dynamics of 'small-world' networks', *Nature* 1998, p. 440-442.

Werkgroep Huls 2006

Werkgroep Huls, *Beleidsuitgangspunten wettelijk geregeld tuchtrecht*, Den Haag 2006.

Westert e.a. 2012

G.P. Westert, K. Stronks, N.S. Klazinga, J.J. Polder, 'De Nederlandse gezondheidszorg: werking en prestaties', in: J.P. Mackenbach, K. Stronks (red.), *Volksgezondheidszorg en gezondheidszorg*, Amsterdam: Reed Business Amsterdam, p. 353-349.

De Wijkerslooth 2007

J.L. de Wijkerslooth, 'De betekenis van alternatieve regelgeving in het strafrecht', in: W.J. Witteveen, I. Giesen & J.L. de Wijkerslooth, *Alternatieve regelgeving* (Handelingen Nederlandse Juristen-Vereniging 2007-1), Deventer: Kluwer 2007, p. 169-207.

Van Wijmen 2000

F.C.B. van Wijmen, *Richtlijnen voor verantwoorde zorg. Over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg* (Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 14 april 2000), Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht 2000

Van Wijmen e.a. 2004

F.C.B. van Wijmen, J. Ubachs-Moust, J.J.E. van Everdingen, J.A. Swinkels, J.L.M. van de Klundert, 'De juridische status van richtlijnen', in J.J.E. van Everdingen, J.S. Burgers, W.J.J. Assendelft, J.A. Swinkels, T.A. Barneveld, J.L.M. van de Klundert (red.): *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p.74-94.

Van Wijmen 2006

F.C.B. van Wijmen, *Een kleine mooie ritselende revolutie. Over de effectiviteit van 35 jaar patiëntenrechten in Nederland* (afscheidsrede Maastricht), Maastricht: Universiteit Maastricht 2006.

Wijne 2014

R.P. Wijne, *Groene Serie Bijzondere overeenkomsten*, art. 7:446, aant. 6, Kluwer 2014 (losbl.).

Wijne 2017 (a)

R.P. Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. De geneeskundige behandeling en de aansprakelijkheid bij schade van de patiënt*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2017.

Wijne 2017 (b)

R.P. Wijne, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*, Monografieën Nieuw BW, Deventer: Wolters Kluwer 2017.

De Wildt & Leusink 2008

J.E. de Wildt, G.L. Leusink, *Nulmeting Zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken*, Utrecht: LVG 2008.

De Wildt e.a. 2010

J.E. de Wildt, N. Baroch, L. Maas, *Van zorggroep naar ketenzorg*, Gouda: Sanofi-aventis 2010.

Williamson 1983

O.E. Williamson, *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications, A Study in the Economics of Internal Organization*, New York: The Free Press 1983.

Witteveen 2007

W.J. Witteveen, 'Alternatieve regulering: de vele gezichten van de wetgever', in: W.J. Witteveen, I. Giesen & J.L. de Wijkerslooth, *Alternatieve regelgeving* (Handelingen Nederlandse Juristen-Vereniging 2007-1), Deventer: Kluwer 2007, p. 1-66.

Wouterse e.a. 2016

B. Wouterse, H. ter Rele, D. van Vuren, *Zorgfinanciering leidt tot herverdeling. Groei zorguitgaven vergt keuzes*, Den Haag: Centraal Planbureau 2016.

Van Zeben & Du Pon 1981

C.J. van Zeben, J.W du Pon m.m.v. M.M. Olthof (red.), *Parlementaire Geschiedenis van het Nieuwe Burgerlijk Wetboek: Boek 6*, Deventer: Kluwer 1981.

Zweigert & Kötz 1998

K. Zweigert, H. Kötz, *Introduction to Comparative Law*, Oxford: Clarendon Press 1998.

Uitsprakenregister

Hoge Raad

HR 3 mei 1946, *NJ* 1946/323 (Staat/Degens).

HR 14 april 1950, ECLI:NL:HR:1950:AG1970, *NJ* 1951/17.

HR 12 januari 1962 *NJ* 1962/246 (Nibeja/Grundig).

HR 17 november 1967, ECLI:NL:HR:1967:AC4789, *NJ* 1968/42 (Pos/Van den Bosch).

HR 31 mei 1968, ECLI:NL:HR:1968:AC4869, *NJ* 1968/323 (Nuboer-arrest).

HR 12 oktober 1979, ECLI:NL:HR:1979:AC2654, *NJ* 1980/117 (Radio Modern/Edah).

HR 17 mei 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG5024, *NJ* 1986/760 (Curaçao/Boyé).

HR 20 november 1987, ECLI:NL:HR:1987:AD0058, *NJ* 1988/500 (Timmer/Deutman).

HR 9 november 1990, ECLI:NL:HR:1990:AC1103, *NJ* 1991/26 (Speeckaert/Gradener).

HR 9 oktober 1992, ECLI:NL:HR:1992:ZC0706, *NJ* 1994/535 (DES).

HR 29 januari 1993, ECLI:NL:HR:1993:ZC0845, *NJ* 1994/72 (Vermobo/Van Rijswijk).

HR 13 januari 1995, ECLI:NL:HR:1995:ZC1611, *NJ* 1997/175 (De Heel/Kover).

HR 15 november 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2197, *NJ* 1997/151.

HR 10 januari 1997, ECLI:NL:HR:1996:ZC2224, *NJ* 1998/544 (Praktijkwaarnemer).

HR 23 januari 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2555, *NJ* 1999/97 (Jans/FCN).

HR 29 mei 1998 ECLI:NL:HR:1998:ZC2660, *NJ* 1999/98 (Mooijman/Netjes).

HR 24 december 1999, ECLI:NL:HR:1999:AA4004, *NJ* 2000/351 (Nugteren Meskens).

HR 14 januari 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA4279, *NJ* 2000/307 (Meissner/Arenda).

HR 26 mei 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA5964, *NJ* 2000/640 (Mink/Paques).

HR 8 september 2000, ECLI:NL:HR:2000:AA7041, *NJ* 2000/734 (Baby Joost).

HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, *NJ* 2001/649 (Protocol-I).

HR 7 september 2001, ECLI:NL:2001:ZC3657, *NJ* 2001, 615 (Anesthesie).

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, *NJ* 2002/386 (Ingenhut).

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, *NJ* 2002/ 387 (Niazmadian/Plasmans).

HR 21 december 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD7395, *NJ* 2002/75 (Delfland/Stoeterij).

HR 14 juni 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE0657, *NJ* 2002/495 (Geldnet/Kwantum).

HR 12 juli 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE1532, *NJ* 2003/151 (Telfoutarrest).

HR 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0690 *NJ* 2003/537.

HR 10 oktober 2003, ECLI:NL:HR:2003:AI0828, *NJ* 2005/89 ('t Witte Paerdje).

HR 24 september 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO9069, *NJ* 2008/587 (Vleesmeesters/Alog).

HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, *NJ* 2006/377(Protocol-II).

HR 3 juni 2005, ECLI:NL:HR:2005:AT4097 *NJ* 2005/324.

HR 7 december 2007, ECLI:NL:HR:2007:BB3670, *NJ* 2007/644 (Medisch Centrum Leeuwarden).

HR 13 oktober 2006, ECLI:NL:HR:2006:AW2080, *NJ* 2008/528 (Vie d'Or).

HR 26 januari 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ1084, *NJ* 2007/78 (Van de Ven Nuenen BV/Erven Slegers).

HR 20 april 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA1093, *RvdW* 2007, 423.
HR 15 juni 2007, ECLI:NL:HR: 2007:BA3587, *NJ* 2007, 335.
HR 22 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA2511, *NJ* 2007/520, (ING/Verdonk q.q.).
HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA0895, *RvdW* 2007/644 (NAK/X).
HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3529, *NJ* 2007/639 (HBU/Groendijk).
HR 9 november 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA7557, *NJ* 2007/658 (Groot Kievietdal).
HR 30 oktober 2009, ECLI:NL:HR:2009:BJ6020, *NJ* 2010/52 (Blomaard/Gemeente Utrecht).
HR 10 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BI3408, *NJ* 2010/496 (Interkeukengilde B.V.).
HR 18 juni 2010, ECLI:NL:HR:2010:BL9596, *NJ* 2010/389 (Koeman/Sijm Agro).
HR 8 april 2011, ECLI:NL:HR:2011:BP6165, *NJ* 2011/449 (Pretium/TROS).
HR 2 september 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ3876, *NJ* 2012/75.
HR 9 december 2011, ECLI:NL:HR:2011:BT2921, *NJ* 2011/599 (Flevoziekenhuis).
HR 20 januari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BT7496, *NJ* 2012/59 (Leien dak).
HR 3 februari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU4907, *NJ* 2012/91 (Euretco/Naeije).
HR 14 maart 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU3162, *NJ* 2012/60 (Agfa/Foto Noort).
HR 10 augustus 2012, ECLI:NL:HR:2012:BW4992, *NJ* 2012, 486 (Pocorni/Defam Financieringen).
HR 15 maart 2013 ECLI:NL:HR:2013:BY7840, *NJ* 2013/290 (Biek Holdings).
HR 24 maart 2014 ECLI:NL:HR:2014:740, *NJ* 2014/194 (Joba).
HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1627, *NJ* 2015/2 (Eneco Tour).
HR 3 maart 2015, ECLI:NL:HR:2015:831, *NJ* 2015/479 (Reijnders-Louis/Ribama BV Novitaris).
HR 3 april 2015, ECLI:NL:HR:2015:831, *NJ* 2015/479.
HR 2 oktober 2015, ECLI:NL:HR:2015:2914, *NJ* 2016/194.
HR 18 september 2015, ECLI:NL:HR:2015:2745, *NJ* 2016/66.
HR 19 februari 2016, ECLI:NL:HR:2016:288, *NJ* 2016/295.
HR 23 december 2016, ECLI:NL:HR:2016:2987, *NJ* 2017/133.
HR 14 juli 2017, ECLI:NL:HR2017:1355, *NJ* 2017/364 (Vissers/Compaen).
HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR:2017:2444, *NJ* 2017/395.
HR 22 september 2017, ECLI:NL:HR2017:2452, *RvdW* 2017/1011.

Hof

Hof Arnhem 27 juli 1999, ECLI:NL:GHARN:1999:AD3076, *NJ* 2000/96.
Hof 's-Hertogenbosch 18-11-2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:4784.

Rechtbank

Rb. Rotterdam 24 november 2010, ECLI:NL:RBROT:2010:BO7879, *NJF* 2011/128.
Rb. Den Haag 1 februari 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:827, *NJ* 2017/49.
Rb. Midden-Nederland 16 augustus 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:4172.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

CTG 3 februari 1994 *Medisch Contact* 9 september 1994/36, p. 1125-1127 (Arts hoeft patiënt niet over weinig voorkomende complicatie te informeren).

CTG 4 maart 2004, *TvGr* 2004/30.

CTG 4 september 2007, *Medisch Contact* 2 november 2007/44, p. 1826-1827 (Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars).

CTG 10 april 2008, *Medisch Contact* 20 juni 2008/25, p. 1090-1091. (Hoofdpijn door subarachnoïdale bloeding).

CTG 10 juli 2008, *Medisch Contact* 24 september 2008/39, p. 1602-1604. (Miscommunicatie bij een TIA).

CTG 10 juni 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0363, *Medisch Contact* 9 september 2010/36, p. 1756-1758 (Niet varen op andermans diagnose).

CTG 17 april 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG1953.

CTG 21 juni 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2154.

CTG 7 februari 2013, *Medisch Contact* 13 maart 2014/11, p. 550-553 (Samenwerking had beter gemoeten).

CTG 26 maart 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2768, *Medisch Contact* 19 juni 2013/7, p. 388-389 (Ook arts-bestuurder valt onder het tuchtrecht).

CTG 18 juni 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG3017.

CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:98.

CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:99.

CTG 28 oktober 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:100.

CTG 11 december 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:384, *Medisch Contact* 28 januari 2015/5.

CTG 26 mei 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:196.

CTG 25 juli 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:222, *Medisch Contact* 14 september 2017/ 37, p. 42-45 (Bekijk voor ochtendspreekuur de overdracht).

CTG 2 februari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:50, *Medisch Contact* 29 juni 2017/26, p. 30-31.

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

RTG 's Gravenhage 31 maart 1999, *TvGr* 2000/31.

RTG Amsterdam 25 februari 2003, *Medisch Contact* 3 december 2003/49 (Steeds meer schijven) medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/mc-49-steeds-meer-schijven.htm geraadpleegd op 6 oktober 2017).

RTG Eindhoven, (datum uitspraak niet opgenomen in tijdschrift) *TvGr* 2004/30.

RTG 21 maart 2006, *Medisch Contact* 7 november 2006/45, p. 1810-1811 (Eén patiënt en veel solisten).

RTG Eindhoven 14 maart 2007 *Medisch Contact*, 27 juni 2007/26, p. 1126-1127 (Neuroloog zet huisarts op verkeerde been).

RTG Eindhoven 26 oktober 2011, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1457.
RTG Amsterdam 3 april 2012, ECLI:NL:TGZRAMS:2012:YG1888, *TvGr* 2012/33.
RTG 's-Gravenhage 7 augustus 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2288.
RTG 's-Gravenhage 18 maart 2014, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:33.
RTG Zwolle 29 maart 2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1882.
RTG 's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI:NL: TGZRGR:2013:YG2602.
RTG's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI:NL:TGZRGR:2013:YG2603.
RTG 's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI: NL: TGZRGR:2013:YG2604.
RTG 's-Gravenhage 5 februari 2013, ECLI: NL: TGZRGR:2013:YG2605.
RTG 5 juli 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:74.
RTG 15 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS: 2017.
RTG 25 juli 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:26.
RTG 16 januari 2017, ECLI:NL:TGZREIN:2017:12.
RTG Eindhoven 15 maart 2017, *Medisch Contact* 1 juni 2017/22 (Basisarts passeert psychotherapeut).
RTG 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:29, *Medisch Contact* 22 november 2017/47.

Kamerstukken

Kamerstukken I

Kamerstukken I 2012/13, 32402, A.
Kamerstukken I 2012/13 32402, F.
Kamerstukken I 2013/14, 32402, F.

Kamerstukken II

Kamerstukken II 1989/90, 21561, 3 (MvT).
Kamerstukken II 1990/91, 21561, 6 (MvA).
Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3 (MvT).
Kamerstukken II 2007/08, 31476, 1.
Kamerstukken II 2009/10, 31402, 2.
Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3 (MvT).
Kamerstukken II 2010/11, 30402, 7 (NV II).
Kamerstukken II 2014/15, 34191, 3 (MvT).
Kamerstukken II 2015/16 34300 XVI, 161.
Kamerstukken II 2016/17, 34550 XVI, 2 (MvT).
Kamerstukken II 2017/18, 34775 XVI, 2 (MvT).

Geraadpleegde websites

deweide.nl
gezondheidscentrumkorteakkeren.nl
gezondheidscentrumoverdiep.nl
gezondheidscentrumsaendelft.nl
fmcc.nl
ineen.nl
izer.nl
meditta.nl
nazb.nl
nucleuszorg.nl
rosnetwerk.nl
sibbing.nl
statline.cbs.nl
transmuraalnetwerk.nl
transmuralezorg.nl
tuchtrecht.nl
volksgezondheidszorg.info
vvaa.nl
zorggroep-almere.nl
zorginzicht.nl
zorgnetwerkmmb.nl
zorgstandaarddiabetes.nl